

PUHUMATTA VAI PUHUMALLA PARAS - seksuaaliterveyden edistämisen haasteet Nokian terveyskeskuksessa

Jaana Kankaanpää

Opinnäytetyö
Toukokuu 2013

Terveiden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) SUKUNIMI, Etunimi KANKAANPÄÄ Jaana	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 23.5.2013
	Sivumäärä 52+5	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi PUHUMALLA VAI PUHUMATTA PARAS - seksuaaliterveyden edistämisen haasteet Nokian terveyskeskuksessa		
Koulutusohjelma Terveyden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) TUOMI, Sirpa VALKAMA, Sirpa		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia keskisuuren terveyskeskuksen avoterveydenhuollon henkilökunnan haasteita seksuaaliterveyden edistämisen ja puheeksi ottamisen näkökulmasta. Tehtävänä oli kartoittaa STM:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintasuunnitelma tunnettavuus ja mahdollinen toteutus terveyskeskuksessa. Kiinnostuksen kohteena tutkimuksessa oli myös kohderyhmän saama koulutus seksuaaliterveyden saralla.</p> <p>Opinnäytetyön lähestymistapa oli sekä laadullinen että määrällinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kohderyhmänä olivat keskisuuren terveyskeskuksen avoterveydenhuollon lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat sekä kotihoidon sairaan- että terveydenhoitajat. Kysely tehtiin maaliskuussa 2013. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p> <p>Tulosten mukaan suurin osa hoitotyöntekijöistä ja lääkäreistä eivät olleet saaneet peruskoulutuksessa seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta. STM:n toimintasuunnitelma ei ollut työyhteisössä esille tullut asia. Seksuaaliterveyden haasteet olivat todellisia ja puheeksi ottamiseen koettiin tarvittavan lisää työkaluja.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toi esiin ongelman, joka seksuaaliterveyden edistämällä on. Koulutus koetaan seksuaalisuuden saralla riittämättömäksi ja asiakastilanteet ovat haastavia. Seksuaaliterveyden edistäminen vaatii kuntatasolla rakenteellisia muutoksia toiminnan muuttamiseksi.</p>		
Avainsanat Seksuaaliterveyden edistäminen, seksuaalisuus hoitotyössä, puheeksi ottaminen		
Muut tiedot		



Author(s) KANKAANPÄÄ, Jaana	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 23.5. 2013
	Pages 52+5	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title IS IT BETTER TO REMAIN SILENT OR TO SPEAK UP - challenges in promoting sexual health at the Nokia Community Health Care Center		
Degree Programme Health Promotion		
Tutor(s) TUOMI, Sirpa VALKAMA, Sirpa		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The aim of this THESIS was to study the challenges faced by the open health care personnel at a mid-sized Community Health Center when promoting and discussing sexual health. The task was to examine the awareness and potential implementation of The Sexual and Reproductive Health Program issued by the Ministry of Social Affairs and Health. Education received by the target group in the field of sexual health was also of interest in this research.</p> <p>The approach in this thesis was both qualitative and quantitative. Research material was collected through a questionnaire. The target group consisted of physicians, nurses, public health nurses as well as nurses and public health nurses of home care operating at a mid-sized Community Health Center. The inquiry was conducted during March 2013. The research material was analyzed through an analysis of contents.</p> <p>The results show that the majority of the health care personnel had not received sexual health related training during their basic education. The Program of the Ministry of Social Affairs and Health had not come up in their working environment. Challenges in sexual health were real and the experience was that more tools were needed for discussing the issue.</p> <p>This thesis brought up a problem in promoting the sexual health. Training in the field of sexuality is perceived inadequate and facing the patients impose challenging situations. Structural changes in the communal level are required to achieve change in the promotion of sexual health.</p>		
Keywords Sexual health, sexual health promotion, discussing sexual health		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	5
2.1 Seksuaaliterveyden edistäminen	5
2.1.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma.....	7
2.1.2 Toimintaohjelman velvoitteet ja tehtävät terveyskeskuksessa.....	10
2.1.3 Toimintaohjelman arvioinnin tulokset.....	15
2.2 Seksuaaliterveyspalvelut ja seksuaalisuus hoitotyössä.....	16
2.2.1 Seksuaaliterveyspalvelut.....	16
2.2.2 Seksuaalisuus hoitotyössä	17
2.2.3 PLISSIT- malli	19
2.2.4 Oman seksuaalisuuden kohtaaminen.....	20
2.2.5 Puheeksi ottaminen	22
2.2.6 Ammatillisuus ja etiikka	23
3 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA AMMATILLINEN KOULUTUS.....	25
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	29
5.2 Tutkimuksen kohderyhmä	30
5.3 Vastaajien taustatiedot.....	31
5.4 Aineiston analyysi.....	32
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	33
6.1 Vastaajien ominaisuudet	33
6.2 Palveluiden järjestäminen ja toimintakäytännöt	34
6.3 Työntekijöiden kokemukset	35
6.4 Palveluiden kehittäminen	42
7 POHDINTA	43
7.1 Aineiston arviointi ja pohdinta	43
7.2 Tulosten tarkastelu	44
7.3 Eettisyys ja luotettavuus.....	48

7.4 Johtopäätökset.....	49
LÄHTEET	50
LIITTEET	53

Liite 1. Seksuaalioikeuksien julistus	53
Liite 2. Saatekirje	54
Liite 3. Kyselylomake	55
Liite 4. Tutkimuslupa.....	57

KUVIOT

KUVIO 1. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilön ja yhteiskunnan tasolla.....	7
KUVIO 2. Seksuaalisuuden kohtaaminen ammattityössä.....	18
KUVIO 3. PLISSIT- malli.....	19
KUVIO 4. Kyselylomakkeen jako ja vastanneet.....	32
KUVIO 5. Vastaajien työkokemus.....	33
KUVIO 6. Seksuaaliterveys peruskoulutuksessa ja alan muu koulutus.....	34
KUVIO 7. STM:n toimintasuunnitelman tunnettavuus ja tieto mistä tullut.....	34
KUVIO 8. Puheeksi ottamisen aloittaja.....	36
KUVIO 9. Puheeksi ottamisen helppous/ vaikeus.....	37
KUVIO 10. Seksuaaliterveyden kysymykset.....	37
KUVIO 11. Kokemukset seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä.....	41

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Terveyskeskuksen tehtäväalueiden vastuut seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä.....	11
TAULUKKO 2. Koulutuksen tarve.....	35
TAULUKKO 3. Asiakaslähtöiset puheeksi oton aiheet.....	38
TAULUKKO 4. Henkilökunnan puheeksi oton aiheet.....	40

1 JOHDANTO

Hoitotyössä hoitotyön tekijöillä on tapana puhua ihmisten kokonaisvaltaisesta hoidosta, mutta valitettavan usein seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset jäävät huomioimatta. Hoitotyössä työntekijät saattavat jättää seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset asiakkaan harteille ja odottavat heidän ottavan asian puheeksi. Seksuaalisuudesta puhuminen saatetaan kokea hyvin yksityisenä asiana ja siitä puheeksi ottaminen ammatillisena haasteena, johon ei ole riittäviä valmiuksia. Seksuaalisuudesta puhuminen vaatii herkkyyttä kuulla ja uskaltaa puhua. Myös koulutuksen saralla on seksuaalisuus valitettavan vähällä huomiolla tai se on sisällytetty toiseen opintokokonaisuuteen pieneksi osuudeksi.

Opinnäyteyöni käsittelee seksuaaliterveyden haasteita perusterveydenhuollossa, jossa kohdataan ihmisiä koko elämänkaaren ajan. Seksuaalisuudesta puhuminen suurten ikäluokkien vanhetessa on muuttunut hiljaisuudesta avoimuuteen ja asiakkaat odottavat myös hoitohenkilökunnan vastaavan haasteeseen.

Suomessa julkaistiin vuonna 2007 ensimmäinen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen toimintaohjelma vuosille 2007 - 2011. (STM 2007.) Sen tavoitteena oli vahvistaa seksuaaliterveyden osaamisen edistämistä. Toimintaohjelman tavoitteena oli seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistävien tahojen yhteistyö kehittäminen ja koordinoiminen kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla (STM, 9.) Tällä opinnäytetyölläni tarkastelen seksuaaliterveyden edistämisen haasteista paikallisella tasolla, Nokian terveystieteiden keskuksessa ja henkilökunnan kokemana.

Opinnäytetyössäni tarkastelen seksuaaliterveyden haasteita kuntatasolla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Työssäni Puhumatta vai puhumalla paras – seksuaaliterveyden edistämisen haasteiden kohtaaminen Nokian terveystieteiden keskuksessa teen lomakekyselyllä lääkäreille sekä avoterveydenhuollon sairaan-/terveydenhoitajille kyselyn seksuaaliterveyskysymysten kohtaamisesta arjen työssä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset on laadittu siten, että tutkimuksella saataisiin vastauksia miten henkilökunta kokee seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvät kysymykset omassa työssään, sekä miten henkilökunta kokee seksuaalisuudesta puhumisen asiakastilanteessa.

Työssäni terveydenhoitajana kohtaan asiakkaita, joille seksuaalisuudella on suuri merkitys sairaudesta tai iästä huolimatta. Meillä ammatti-ihmisillä on usein tarve määritellä seksuaalisuuden kuulumisen tiettyyn osaan elämänkaarta, mutta todellisuudessa seksuaalisuuden kokeminen on yksilöllistä olosuhteista riippumatta. On tärkeää, että asiakas tulee kuulluksi myös seksuaalisuuden saralla, niin ettemme päättä asiakkaan puolesta mikä on hänelle hyväksi. Asiantuntijoiden mukaan seksuaalisuuden kohtaamiseen vaikuttaa oma elämäkokemus, ihmiskuva ja sekä oma seksuaalisuuden kokeminen.

Toivon opinnäytetyöni kautta saavan seksuaaliterveyden edistämiseksi ansaitsemansa paikan toimintaohjelman suositusten mukaisesti paikallisella terveyskeskustasolla ja ensisijaisesti herättävän keskustelua ja muuttavan toimintatapoja seksuaaliterveyttä edistäväksi asiakkaiden parhaaksi.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni lähtökohtana oli Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen toimintaohjelma vuosille 2007 - 2011. (STM 2007.) Sen tavoitteena oli vahvistaa seksuaaliterveyden osaamisen edistämistä myös kuntatasolla ja opinnäytetyössäni tavoitteeni oli tutkia miten hyvin työyhteisössä tiedettiin toimintasuunnitelmasta ja miten vaikea seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä on kohdata perusterveydenhuollossa. Aihetta ei ole tutkittu merkittävästi. Naapurikunnassa Tampereella tutkija Tuire Sannisto (2011) on tehnyt väitöskirjan osittain samalla aihealueella liikkuen Seksuaalisuus terveyskeskuksissa. Mielenkiinnolla seuraan kulkevatko tutkimustulokset samansuuntaisesti.

Terveydenhoitajana työssäni kohtaan eri-ikäisiä ihmisiä, joiden seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten kanssa pääsen tekemisiin. Valitettavasti työssäni kotihoidon terveydenhoitajana tunnistan ilmapiirin, jossa meillä on helposti asenne ikääntyneen oikeudesta seksuaalisuuteen. Itseäni mietityttää kuinka vanhaksi pitää elää, että ihminen saa vapaasti päättää omasta elämästään ja seksuaalisuudestaan. Toisaalta vastaava keskustelu voidaan käydä, missä iässä seksuaalikasvatus tulisi aloittaa. Helposti miellämme seksuaalikasvatuksen seksikasvatuksena, jolloin sisällölle tulee aivan eri merkitys. Uskon muutoksen ilmapiiriin mahdollisuuteen, mutta arvokeskustelua se vaatii myös työyhteisön sisällä.

Työssäni olen kohdannut näkökulmia kenelle seksuaalisuus kuuluu tai kuuluuko se työhöni lainkaan. Tämän tutkimuksen kautta toivon näkökulman seksuaalisuudesta laajenevan ja herättävän ajatuksia omia asenteita seksuaalisuutta kohtaan.

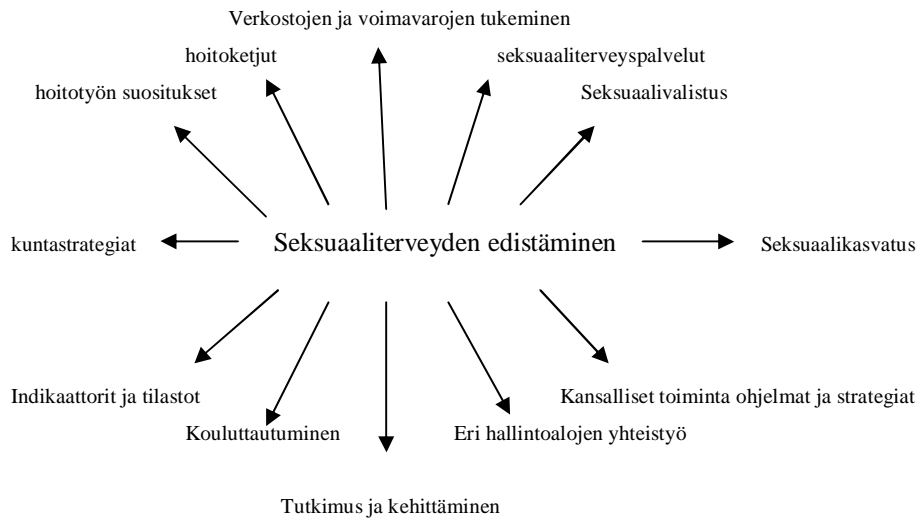
2.1 Seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaaliterveys nähdään osana ihmisen hyvinvointia koko elämän kaaren ajan ja se sisältää fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Kunnassa osa seksuaaliterveyteen kuuluvista tehtävistä on lakisääteistä, kuten ehkäisyneuvonta, tartuntatautien ehkäisy ja koulujen terveystiedon opetus, jonka oppiaines sisältöjä seksuaalikasvatus on peruskoulussa ja lukiossa. Seksuaaliterveyden edistäminen koskee kunnassa useita toimialoja; terveys ja sosiaalialan lisäksi yksityissektoria,

seurakuntia ja alan järjestöjä sekä valtion viranomaisia kuten poliisia. Suuri osa seksuaaliterveyteen liittyvästä toiminnasta integroituu kunkin hallinnon alan normaaliin toimintaan. seksuaaliterveyden edistämisen kokonaisuutta voidaan kunnassa tarkastella ainakin palvelujärjestelmän toimintojen osana, tiedotus- ja neuvontakysymyksinä, organisoituna yhteistyönä ja ammatillisen osaamisen näkökulmasta. Terveiden edistämisen laatusuoritusten yhtenä aihealueena on seksuaaliterveyden edistäminen. Miten seksuaaliterveyden laatua kunnassa parannetaan, on tärkeä lähivuosien kehittämistehtävä. Myös tiedon välittäminen seksuaaliterveysasioissa ja palveluista on merkittävä osa laatua. (STM, 2006, 68.)

Ratian (2005) mukaan seksuaaliterveyden edistämisen osaamisen tärkeimmät osatekijät ovat hoitotyöntekijöiden ammatillinen kasvu, asiantuntijuuden vahvistuminen ja oman seksuaalisuuden kohtaaminen. Siihen lisättynä työnantajan tuki ja koulutuksen arvostaminen ovat seksuaaliterveyden edistämisen ammatillisuutta lisäävät osa-alueet. (Ratia 2005, 27.)

Ryttyläinen ja Valkama (2010) kirjoittavat seksuaaliterveyden edistämisen toteutuvan yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Terveiden ja seksuaaliterveyden edistämisessä yksilötasolla tuetaan yksilöitä mahdollisimman kokonaisvaltaiseen ja elämänmittaiseen seksuaaliseen hyvinvointiin muun muassa tarjoamalla seksuaalikasvatusta, seksuaaliterveyspalveluita ja – valistusta. Yhteisötasolla seksuaaliterveys on esimerkiksi yhteisöjen voimavarojen ja verkostojen tukemista sekä seksuaaliterveyden sisällyttämistä hoitoketjuihin, kuntastrategiaan tai kunnan hyvinvointistrategiaan osana terveys-, sosiaali- ja sivistystoimen toimintasuunnitelmia. Yhteiskuntatasolla seksuaaliterveyden edistäminen on eri hallintoalojen vastuullista ja tavoitteellista toimintaa sekä yhteistyötä sekä kouluttamista ja sitä, että seksuaaliterveyden edistämisen toimintaohjelmien ja strategioiden luomisessa hyödynnetään seksuaaliterveyden tutkimustietoa. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 21.)



KUVIO 1. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilön ja yhteiskunnan tasolla.

Kirjassa Seksuaalisuus hoitotyössä Ryttyläinen ja Valkama (2010) toteavat potilaan seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden huomioon ottamisen olevan osa ammatillista, kokonaisvaltaista ja inhimillistä hoitotyötä. Sitä on ohjannut neljä johtoaajatusta; luottamuksellinen hoitosuhde ja dialogisuus potilaan ja hoitajan välillä, hoitajan on hyväksyttävä itsensä seksuaalisena olentona, jotta hän pystyy kohtaamaan potilaan seksuaalisuuden, seksuaaliset kysymykset tulee käsitellä aina potilaan tarpeesta ja hänen elämänsä lähtökohdista käsin, seksuaalisuuteen liittyvät potilaan kysymykset tulisi liittää päivittäisiin hoitotyön tilanteisiin. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 7.)

2.1.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteena on vahvistaa hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden edellytyksiä yhteiskunnassa. Toimintaohjelmassa määritellään lähivuosien tavoitteet ja toimenpiteet seuraavista näkökulmista:

1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevien palvelujen toimivuuden ja saatavuuden kehittäminen kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja kunta- ja peruspalvelurakennemuutoksen periaatteiden mukaisesti sekä seksuaalineuvonnan integroiminen osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja.

2. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamisen kehittäminen.
3. Koulu- ja muiden oppilaitosten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän opetuksen kehittämishaasteiden määrittäminen.
4. Väestölle suunnattavan seksuaalikasvatuksen kehittäminen ja koordinoiminen kansallisella ja alueellisella tasolla.
5. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevan tiedon kokoaminen ja hyödyntäminen, esimerkiksi kansallisten hoitokäytäntöjen ja suositusten laatimiseksi; alan tutkimuksen kehittäminen.
6. Tilastointi- ja seuranta järjestelmän kehittäminen.
7. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävien tahojen yhteistyön kehittäminen ja koordinoiminen kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. (STM 2006, 9.)

Toimintaohjelmassa seksuaali- ja lisääntymisterveys ymmärretään osaksi kansanterveyttä ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä. Terveyden edistämistä on vahvistettu vuoden 2006 alussa voimaan tulleissa kansanterveyslain uudistuksissa ja linjattu Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategioissa 2015 (STM 2006.) Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa (STM 2001) sekä Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (STM 2006). Laatusuositus sisältää liitteen, jossa käsitellään seksuaaliterveyden edistämistä kuntatasolla. (STM 2006, 13.)

Lähtökohtia toimintaohjelman laatimiselle ovat palvelujen riittämättömyys ja epätasainen jakautuminen etenkin syrjäytymisvaarassa olevien ja vähemmistöryhmien näkökulmasta sekä uudet hoitokäytännöt ja menetelmät, jotka pitäisi juurruttaa osaksi terveys- ja sosiaalipalveluja. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen viimeisenä vuonna 2007 keskeisiä kehittämiskohteita ovat terveyskeskustoiminta ja terveyden edistäminen. Myös sosiaalialan kehittämishankkeessa on yhtymäkohtia seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden kehittämiseen. (STM 2006, 13.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteena on väestön ja yksilöiden hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistaminen. Ohjelmassa linjataan lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä, sen johtamista, palvelurakennetta, toimintatapoja ja osaamisen kehittämistä. Väestön tietoutta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on parannettava, ja monipuolinen neuvonta on integroitava osaksi sosiaali- ja terveystalvveluja.

Tavoitteiden toteutumisen keskeisinä edellytyksinä ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen vahvistaminen ja palvelurakenteen kehittäminen.

Koska kyseessä on monialainen ja monitieteinen ohjelma, sen toimeenpano perustuu eri sektoreiden ja hallinnonalojen yhteistyöhön. (STM 2006, 14.)

Kansallisella tasolla ehdotetaan perustettavaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijakeskus sekä kansallinen koordinaatio- ja yhteistyöelin. Alueellisella tasolla sairaanhoitopiireissä ehdotetaan nimettäväksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilö ja perustettavaksi alueellinen työryhmä. Paikallisella tai seudullisella tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyön koordinoimtia ehdotetaan kuntien tai useamman kunnan yhteisen terveyden edistämisen yhteistyöryhmän tehtäväksi. (STM 2006, 14.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä tarvitaan myös palveluiden laadun kehittämistä ja laadun seurantaa. Yleisten tilastollisten seurantaindikaattoreiden kehittämisen jälkeen laatuindikaattoreiden kehittäminen on seuraava tärkeä kehitysvaihe. Ansiokasta laatutyötä on tehty monessa terveydenhuollon yksikössä, mutta niiden tekemä työ ei kuitenkaan mahdollista valtakunnallista vertailua. Stakesissa on kehitteillä kansallisia laadunseurantaindikaattoreita, jotka tulevat hyödyttämään myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen laadunseurantaa. (STM, 2006, 131.)

Toimintaohjelman laatimisen myötä on noussut esille useita seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta tärkeitä aiheita, joista tietoa puuttuu siitä huolimatta, että tieto on luonteeltaan perustavaa laatua tai koskee suuria väestöryhmiä. (STM 2006, 137.)

Näitä ovat mm:

- seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä palvelutarve ja palveluiden saatavuus
- palvelujärjestelmän ja palveluketjujen toimivuus ja kustannusvaikuttavuus
- lääkäreiden ja terveydenhoitajien/ kätilöiden työnjaon kehittäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa
- väestön seksuaalinen hyvinvointi ja parisuhteet. (STM 2006, 137.)

2.1.2 Toimintaohjelman velvoitteet ja tehtävät terveyskeskuksessa

Alueellisen tason toimijoista ensisijaisia ovat sairaanhoitopiirit ja niitä ylläpitävät kuntayhtymät ja läänihallitukset. Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan sairaanhoitopiirin on huolehdittava alueellaan erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta, yhteistyössä terveystieteiden kanssa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoitoon toiminnallisesta kokonaisuudesta sekä täydennyskoulutuksesta. (STM 2006, 147.) Sairaanhoitopiirit nimeävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilöt, joiden kanssa kuntien työryhmät voivat tehdä yhteistyötä. (STM, 2006, 148.)

Kunnan tehtävänä on edistää väestönsä terveyttä ja järjestää riittävät sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Terveystieteiden edistämistehtävän toteuttamista on vahvistettu vuoden 2006 alussa voimaantulleilla kansanterveystieteiden uudistuksilla (L 928/2005) sekä vuonna 2006 julkaistulla terveyden edistämisen laatusuosituksella (STM 2006.)

Nykyisissä terveystieteidenorganisaatioissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen vastuutahoksi hahmottuvat selvästi äitiyshuolto ja ehkäisyneuvonta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Laaja-alaisesti ymmärrettynä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen integroituu kuitenkin moniin muihinkin perusterveydenhuollon tehtäväalueisiin. (STM 2006, 149.)

TAULUKKO 1. Terveyskeskuksen tehtäväalueiden vastuut seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä (STM 2006, 150.)

Tehtäväalue	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tehtävä
Vastaanottotoiminta (lääkäri, hoitaja)	sairauksien ja terveysongelmien hoito ja siihen liittyvä seksuaalineuvonta
Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut	seksuaalineuvonta, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, raskauden ehkäisy, raskauden suunnittelu, raskaudenseuranta ja synnytyksen jälkeinen hoito, perhe- ja synnytysvalmennus, parisuhde- ja seksuaalineuvonta, väkivallanehkäisy
Lastenneuvonta	lapsen seksuaalisen kehityksen tukeminen, vanhempien parisuhteen tukeminen, väkivallan ehkäisy
Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto	raskauksien ehkäisy, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, seksuaalikasvatus, -neuvonta ja – opetus, opetussuunnitteluun osallistuminen
Opiskeluterveydenhuolto	raskauksien ehkäisy, sukupuolitautilien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy, seksuaalineuvonta
Työterveyshuolto ja työttömien vastaanotot	seksuaalineuvonta, seksuaalisen häirinnän ehkäisy työpaikoilla
Kotisairaanhoido	pitkäaikaissairaiden, vammaisten ja ikääntyvien henkilöiden seksuaalisten tarpeiden huomioiminen, seksuaalineuvonta
Vuodeosastohoito	laitoshoidossa olevien seksuaalisten tarpeiden huomioiminen
Iäkkäiden terveysneuvonta	ikäntymiseen ja pitkäaikaissairauksiin liittyvä seksuaalineuvonta
Suun terveydenhuolto	raskausajan hammashuolto, sukupuoliteitse tarttuvien tautien ja HIV:n diagnostiikka

Mielenterveyspalvelut	sairauksien ja mielenterveysongelmien hoito ja niihin liittyvä seksuaalineuvonta
Kuntoutus, fysioterapia	seksuaalineuvonta pitkäaikaissairauksien ja vammojen kuntouttamisessa
Seulonta	kohdunsuun irtosolunäytteiden otto, seulontamammografia, raskaudenajan seulontanäytteet, klamydian opportunistinen seulonta

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta kunnan sisäisessä yhteistyössä terveystoimen ensisijaisia yhteistyökumppaneita ovat sosiaalitoimi sekä opetus- ja sivistystoimi. Yhteisiä pelisääntöjä tarvitaan muun muassa poliisin kanssa. Paikkakunnalla olevat yksityiset palvelut ja kolmannen sektorin toimijat huomioidaan yhteistyössä täydentävinä resursseina. Kuvioon 2 on koottu esimerkkejä siitä, minkälaisissa asioissa kunnan sisäistä tai alueellista yhteistyötä tarvitaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. (STM 2006, 150.)

Terveyden edistämisen laatusuositus esittää, että kunnissa määritellään poikkihallinnollisen terveyden edistämisen johtamisvastuu, työnjako ja hallinnonalat ylittävien tehtävien toimintakäytännöt. (STM 2006.) Käytännössä se tarkoittanee, että kuntien on perustettava uudelleen terveyden edistämisen monialaiset yhteistyöryhmät. Terveyskeskusjohtajille tehdyn kyselyn (2005) mukaan terveyden edistämisen yhdyshenkilö on nykyisin noin kolmanneksessa kunnista ja terveystieteiden yhdyshenkilö on noin puolessa. Suurimmassa osassa kunnista terveyden edistämisen johtamiseen käytetty työaika on vähäinen tai johtamiseen nimettyä henkilöä ei ole lainkaan. (Matti Rimpelä, julkaisematon tieto).

Pienehköissä ja keskisuurissa kunnissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden kunnan sisäiset yhteistyökysymykset voidaan käsitellä samassa terveyden edistämisen yhteistyöryhmässä kuin muutkin terveyden edistämiseen kuuluvat aiheet. Suurissa asutuskeskuksissa voi olla erillinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmä. Pienissä kunnissa taas koko terveyden edistämistyö voisi rakentua alueelliselle yhteistyölle, jolloin työryhmä palvelisi useampaa kuntaa ja riittävä asiantuntemus eri aloilta mahdollistuisi. (STM 2006, 151.)

Seksuaalineuvonnan palvelutarpeen on ennustettu lisääntyvän tulevaisuudessa, sillä nykyiset keski-ikäisten sukupolvet ovat suhteessaan seksuaalisuuteen erilaisia kuin aiemmat sukupolvet. Lääketieteellinen teknologia on luonut apukeinoja, joilla seksuaalisia toimintahäiriöitä voidaan helpottaa, ja uudet ikääntyvien sukupolvet tulevat niitä myös kysymään. Ylierotisoitunut kulttuuri vääristää kuvaa seksuaalisuudesta ja luo epärealistisia odotuksia, joiden vastapainoksi tarvitaan asiallista tietoa ja neuvontaa. Lääkintöhallitus esitti jo vuonna 1980, että seksuaalineuvonnan olisi toteuduttava osana normaaleja palveluja. Ikääntyvien, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten seksuaaliset tarpeet ovat kuitenkin palvelujärjestelmässä edelleen tabuluontoinen asia ja jäävät usein huomioimatta. (STM 2006, 19.)

Perusterveydenhuollossa tarvitaan kuitenkin ymmärrystä seksuaalisuudesta lähes kaikissa työtehtävissä. Erityisesti ikääntyvien ihmisten hoidossa hellyyden ja läheisyyden tarpeet jäävät usein huomiotta tai seksuaalisten tarpeiden ilmaukset leimataan epänormaaliksi käyttäytymiseksi. Seksuaalineuvonta kuuluu oleellisena osana myös ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin. (STM 2006, 19.)

Seksuaaliterveyden kokonaisvaltaisen edistämisen kannalta on tärkeää, että palvelujen tasolla integroidaan toisiinsa vaikuttavia aihealueita. Laadukkaasti toteutettuna seksuaaliterveyden kokonaisvaltainen edistäminen edellyttää erikoisosaamista, ja osaamisen keskittämisestä olisi todennäköisesti hyötyä. (STM 2006, 38.)

Perusterveydenhuollossa on seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen vahvistamiseen useita mahdollisuuksia. Toteuttamistapaan vaikuttavat muun muassa muutoksessa oleva kuntarakenne, maantieteelliset etäisyydet, työvoimatilanne ja jo olemassa oleva toimintakulttuuri, jonka perustalta uudistuksia lähdetään tekemään. Näistä syistä osaamisen vahvistaminen ei voi perustua yhteen, yhdenmukaiseen malliin. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamista voidaan vahvistaa keskittämällä osa palveluista suurempien väestöpohjien seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksiköihin, jotka tarjoavat aihealueen erikoisosaamista vaativia palveluja integroidusti. Keskitettyinä voidaan järjestää myös muita perheiden palveluita. Tietty osa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluista on kuitenkin sellaisia, jotka on säilytettävä lähipalveluina ja ns. matalan kynnyksen palveluina. (STM 2006, 39.)

Kuntien alueellisen yhteistyön tai kuntaliitosten kautta sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien toimintayksiköiden määrä vähenee ja koko suurenee. Tämä tulee väistämättä heijastumaan myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden yksiköiden suurenemiseen ja toiminnan keskittymiseen. Työryhmän arvion mukaan tämä antaa uusia mahdollisuuksia myös työntekijöiden tietotaidon sekä potilasturvallisuuden ja toiminnan laadun kehittymiseen. (STM 2006, 41).

Ohjelma on tarkoitus toteuttaa osana kuntien palvelurakenteen ja ehkäisevien palvelujen uudistamista. Tätä varten sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee kunnille toimintaohjelman käyttämistä hyväksi vuoden 2008 toiminta- ja taloussuunnitelmien laatimisessa sekä kunta- ja palvelurakennemuutokseen liittyvien selvitysten valmistelussa valtioneuvostolle. Tavoitteena on, että ohjelma tulee tunnetuksi vuoden 2007 aikana. Ohjelman toimeenpanovaihe päättyy, kun ohjelman ehdotusten toteuttaminen alkaa vakiintua osaksi normaalia toimintaa viimeistään vuonna 2009. Toimintaohjelman ehdotukset on laadittu vuosille 2007–2010. (STM 2006, 153.)

Tarkoituksena on, että Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa hyödynnetään terveyden- ja sosiaalihuoltoa sekä opetustointa koskevassa strategia- ja kehittämistyössä kunnat ja niiden terveyskeskukset;

- perustavat kunnan tai kuntien yhteisen terveyden edistämisen yhteistyöryhmän ja nimeävät terveyden edistämisestä vastaavat viranhaltijat, mikäli näitä tahoja ei ole. Nämä tahot vastaavat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen rakenteiden luomisesta, yhteistyön järjestämisestä ja muusta toimeenpanosta.
- integroivat seksuaaliterveyden edistämisen ehkäisevään työhön ja sairauksien hoitoon ja kehittävät näiden palvelujen suunnittelua ja seurantaan niistä tiedottamista.
- ottavat erityiseksi kehittämisen kohteiksi nuorten palvelut ja seksuaalisen väkivallan ehkäisemisen, varhaisen tunnistamisen ja hoidon.

(STM 2006, 155.)

2.1.3 Toimintaohjelman arvioinnin tulokset

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) teki yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) kanssa keväällä 2009 kyselyn Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007 – 2011) toteutumisesta sairaanhoitopiireissä. Kysely sairaanhoitopiireille uusittiin syksyllä 2011 osana toimintaohjelman loppuarviointia. Alla yhteenvetoa tutkimuksesta;

- Hieman vajaaseen puoleen sairaanhoitopiireistä oli nimetty seksuaaliterveyden yhteyshenkilö. Sisäinen suunnittelu- ja koordinaatioryhmä oli nimetty puoleen sairaanhoitopiireistä. Alueellisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen ryhmä oli nimetty lähes kolmasosaan sairaanhoitopiireistä.
- Useimmissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueellisen edistämisen työryhmissä olivat edustettuina erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lisäksi myös ammattikorkeakoulu. Yliopiston ja opetustoimen edustaja oli harvoin mukana. Sosiaalitoimi ei ollut mukana yhdessäkään sairaanhoitopiirissä.
- Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä seksuaalineuvonta- ja/tai seksuaaliterapiavastaanotto oli järjestetty, mutta sen järjestämistavat vaihtelivat sairaanhoitopiireittäin.
- Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä oli seksuaalineuvojan tai -terapeutin lisäkoulutuksen saaneita henkilöitä.

(THL 2012; 7.)

Tärkeimmiksi sisällöllisiksi haasteiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä sairaanhoitopiirit arvioivat muu muassa aihealueen integroimisen terveyden edistämisen ohjelmiin ja hoitoketjuihin, perusterveydenhuollon yksikön mukaan saamisen aihealueen kehittämiseen, yhteistyön tiivistämisen perusterveydenhuollon kanssa (mm. yhteiset hoitopolut, hoitoketjut), seksuaalineuvonnan tasapuolisen saatavuuden varmistamisen sekä seksuaaliterveyden edistämistyön koordinoimisen, resursoimisen ja organisoinnin. Yksittäisinä sisällöllisinä haasteina mainittiin myös raskauden keskeytysten ja sukupuolitautilien vähentäminen, varhainen puuttuminen (mm. päihteiden käyttö, toimeentulovaikkeudet ja

mielenterveysongelmat) sekä väestön ikääntymisen heijastumat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. (THL 2012, 16.)

Sairaanhoitopiirien mukaan hallinnollisia rakenteita tulisi kehittää tukemaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä. Tässä tulevat kyseeseen yhteistyön kehittäminen, selkeyttäminen ja koordinointi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä (mm. yhteiset hoitoketjut, potilastietojärjestelmä, seksuaalineuvonnan osaamista perusterveydenhuoltoon), verkostojen hyödyntäminen, henkilöstöressurssien lisääminen seksuaalineuvontaan ja seksuaaliterveyden edistämisen suunnitteluun ja koordinointiin, työryhmän perustaminen koordinoimaan, arvioimaan ja kehittämään seksuaali- ja lisääntymisterveystoimintaa alueella, seksuaalineuvojan toimenkuvan määrittäminen ja toimien avaaminen sekä seksuaaliterveyden yhteyshenkilön tehtävän ja roolin vahvistaminen. (THL 2012, 16.)

2.2 Seksuaaliterveyspalvelut ja seksuaalisuus hoitotyössä

2.2.1 Seksuaaliterveyspalvelut

Seksuaaliterveydessä, kuten terveydessä yleensäkin, halutaan korostaa hyvinvointia, ei vain sairauden puuttumista. Olennainen osa seksuaaliterveyttä ovat seksuaalioikeudet (Liite 1.), jotka nykyään määritellään erottamattomana osana ihmisoikeuksia. (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010, 19).

Väestöliiton seksuaalipoliittinen ohjelma toteaa seksuaaliterveyspalveluiden olevan peruspalveluita, joita pitää pystyä tarjoamaan julkisella sektorilla. Julkisen perusterveydenhuollon toiminta on turvattava terveyskeskusten työolosuhteita kehittämällä ja resursseja lisäämällä. Tällä hetkellä seksuaaliterveyspalveluita vaivaa sattumanvaraisuus ja hajanaisuus. Koko maata ajatellen määrällisesti merkittävimmät palveluntarjoajat ovat terveyskeskukset ja yksityislääkäriasemat. Muita toimijoita ovat mm. opiskelija- ja työterveyshuolto sekä Väestöliitto. (Väestöliitto, 2006, 14.)

Seksuaaliterveyspalvelut vastaavat ihmisen tarpeisiin elämän eri vaiheissa. Ne sisältävät hedelmällisyyden säilyttämisen ja hoidon, sukupuolitautilien ja muiden sukuelinten sairauksien ehkäisyn ja hoidon, sukupuolitautilien ja muiden sukuelinten

sairauksien ehkäisyn ja hoidon, suunnittelemattomien raskauksien hoidon ehkäisyn, mahdollisuuden turvalliseen raskaudenkeskeytykseen, raskauden, synnytysten ja lapsivuodeajan hoidon, seksuaaliongelmien ennaltaehkäisyn ja hoidon sekä ikääntyvien ja vammaisten erityistarpeiden huomioimisen. (Väestöliitto 2006, 9.)

Julkisen yhteiskunnan avoin ja suvaitsevainen suhtautuminen seksuaaliasioihin on seksuaaliterveyden ja seksuaalisen hyvinvoinnin kannalta eniten edistävä yksittäinen tekijä. Niissä maissa ja kulttuureissa, joissa seksuaalisuudesta ja seksistä keskustellaan julkisuudessa avoimesti ja hyväksyvästi, on vähemmän seksuaalisuuteen liittyviä tabuaiheita ja ahdistuksen tunteita. Lisäksi seksuaaliterveyshankkeet on tehokkaammin toteutettu. (Väestöliitto 2006, 11.)

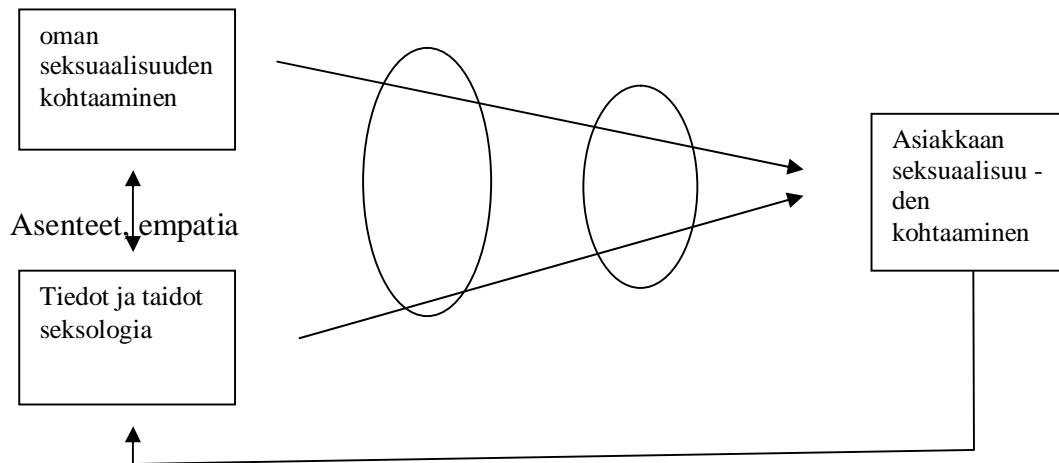
2.2.2 Seksuaalisuus hoitotyössä

Sekä terveydenhuollossa ja sosiaalityössä että kasvatuksessa ja opetustyössä puhutaan tavoitetasolla ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta. Tästä kokonaisuudesta näyttää usein jäävän pois seksuaalisuuden alue; siitä ei välttämättä puhuta, eikä seksuaalisuuteen ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita kartoiteta samanveroisesti muiden terveyteen ja elämänlaatuun vaikuttavien tekijöiden kanssa. Työntekijät saattavat jäädä odottamaan, että asiakkaat ottavat nämä asiat puheeksi ja jättävät vastuun heille. Ammatillisuus kuitenkin edellyttää, että työntekijä uskaltaa olla aloitteentekijä ja toimii näin luvan antajana myös seksuaalisuudesta puhumiseen. (Ilmonen 2006, 43.)

Seksuaalisuuden käsitteleminen omassa ammattityössä voidaan asettaa kehikkoon (Kuvio 2.), jossa peruslähtökohtana ovat työntekijän subjektiiviset edellytykset työskentelyyn. Näitä ovat seksuaalisuuden kohtaaminen, omat asenteet ja empatiakyky sekä tiedot ja taidot seksologian alueella. Vuorovaikutustilanteessa työntekijän ja asiakkaan välillä vaikuttavat myös yleiset työskentelyedellytykset ja työntekijän oma ammatillisuus. (Ilmonen 2001, 101 - 102; Ilmonen 2006, 43.)

Työskentelyedellytykset	Ammatillisuus
Ilmapiiri, aika, olosuhteet	Hoitokäytännöt, normit jne.

Subjektiiviset edellytykset



KUVIO 2. Seksuaalisuuden kohtaaminen ammattityössä

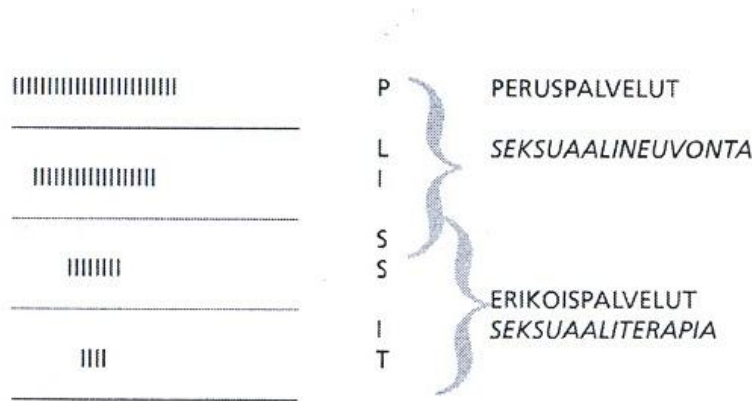
Ryttyläinen, Valkama (2010) kirjoittavat kokonaisvaltaisessa työssä tarvittavasta tiedosta empiirisen, persoonallisen, eettisen ja esteettisen tiedon kautta. *Empiirinen* tieto tarkoittaa tutkittua tietoa, joka selittää ja ennustaa tapahtumien kulkua ja hoitotyön vaikutuksia. Seksuaalisuuden kohdalla se tarkoittaa tutkimustietoa ihmisen seksuaalikehityksestä, seksuaalisuudesta ja sen ilmenemisestä, sairauksien ja lääkitysten vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä seksuaalisista toimintahäiriöistä tai niiden hoidosta. *Persoonallinen* tieto on tietoa hoitotyön tekijän omista sisäisistä kokemuksista, omasta ainutkertaisesta yksilöllisyydestä sekä persoonan käytöstä työvälineenä. *Eettinen* tieto on tietoa hyvästä ja pahasta, oikeasta sekä väärästä; tietoa siitä miten hoitotyöntekijän tulee toimia eettisissä valintatilanteissa. Se sisältää hoitamiseen liittyvät arvot, periaatteet ja yhteiskunnalliset normit. *Esteettinen* tieto on tulkitsevaa, ymmärtävää, erittelevää ja edellä mainittujen tiedon alueita yhdistelevää. Jokainen hoitaja kehittää itselleen omat erityistaitonsa, joissa yhdistyvät tieto, tekninen osaaminen ja inhimillinen tapa toteuttaa hoitamista. Esteettinen tieto ilmenee hoitajan tavassa toimia joustavasti ja tarkoituksenmukaisesti eri tilanteissa. Seksuaalisuuden ollessa kyseessä sitä voidaan myös kuvata hoitotaidoksi, joka ilmenee potilaan seksuaalisuutta kunnioittavana ja empaattisena vuorovaikutuksena ja

kykynä toimia ammatillisesti potilaan ainutkertaisessa tilanteessa. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 43 - 44.)

2.2.3 PLISSIT- malli

Plissit on Jack Annonin vuonna 1976 luoma malli, joka jäsentää ammatillista työskentelyä seksuaalikysymysten parissa. Työntekijän yksilöllisiä valmiuksia seksuaalisuuden käsittelyyn esimerkiksi seksuaalineuvonnassa voidaan kuvata seuraavan PLISSIT – kaavion (Kuvio 3.) avulla. Ylhäältä alaspäin mennessä kukin taso edellyttää aina enemmän tietoa ja koulutusta. Kaaviossa on neljä tasoa, jotka kuvaavat erilaisia lähestymistapoja silloin kun puhutaan seksuaalisuudesta tai käsitellään seksuaalisuuden alueella ilmeneviä ongelmia. (Ilmonen 2001, 103.)

Kaksi ensimmäistä tasoa; luvan ja tiedon antaminen ja jossain määrin erityisohjeiden antaminen muodostavat kokonaisuuden, jota voidaan sanoa seksuaalineuvonnaksi. Neuvonnan tulisi toteutua sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluissa. Vasta kun mennään pidemmälle erityisohjeiden antamisessa, tarvitaan erikoispalveluja ja esimerkiksi seksuaaliterapiaa. (Annon 1976, 3 - 4, Ilmonen 2001, 103 - 104.)



KUVIO 3. PLISSIT-malli (Annon 1976, 4; Ilmonen 2001, 103.)

P (permission) = luvan antaminen tai salliminen. Tällä tasolla on eniten tapauksia, koska suureen osaan kysymyksistä, huolenaiheista ja pulmista tarvitaan ainoastaan lupa omaan seksuaalisuuteen, lupa olla sellainen kuin on. Suurin osa ihmisistä on autettavissa jo sillä, että he voivat saada tämän luvan.

Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista sen erilaisissa ilmenemismuodoissa. Tällä tasolla kuullaan asiakkaan huolenaiheita hänen

seksuaalisuuteen liittyvissä ajatuksissaan, fantasioistaan, unelmistaan, tunteistaan ja käyttäytymisestään. Asiakas hyväksytään seksuaalisena olentona ja häntä tuetaan ilmaisemaan seksuaalisuuttaan positiivisella ja vastuullisella tavalla.

LI(Limited information) = rajatun tiedon antaminen. Rajattu tieto tarkoittaa tiedon antamista kohdennetusti juuri siitä asiasta, josta tietoa puuttuu, kuten esimerkiksi sairauden, vamman tai lääkityksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen.

SS(Specific suggestions) = erityisohjeet voivat liittyä vuorovaikutukseen tai elämäntapaan tai ne voivat olla erilaisia tehtäviä. Specific suggestions tarkoittaa taitotasoa, jossa voidaan antaa erilaisia käytännön neuvoja tai ohjeita tai antaa lyhytterapeuttisia interventioita ja toteuttaa seksuaalineuvontaa tai – terapiaa.

IT(Intensive therapy) = Intensiivinen terapia. Tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien pitkäaikaista hoitoa terapiamenetelmillä tai menetelmien yhdistelmillä.

(Ilmonen 2001, 103; Ryttyläinen & Valkama 2010, 51 - 52.)

2.2.4 Oman seksuaalisuuden kohtaaminen

Tia Isorpi (2011) kirjoittaa Terveystieteiden lehdessä artikkelissa Tunneäly terveydenhoitajan työssä tunneälyn olevan kohtaamisen ja hyvinvoinnin varmistaja. Tunneälyyn kuuluu omien vahvuuksien ja keskeneräisyyden hyväksyminen. Erilaisuuden ja moninaisuuden arvostaminen sekä ihmisessä itsessään, että ihmisten välillä on jatkuvasti oppimista vaativa tunneäly. Jokainen ihminen haluaa olla hyväksytty, tarpeellinen ja arvostettu. Tämä ilmenee erityisesti asenteiden, uskomusten ja tunteiden tasolla sanattomassa viestinnässä, ilmeissä ja eleissä. (Isokorpi 2011, 20 - 21.)

Jotta työntekijä voi olla ” luvan antaja” asiakkaalle on tärkeää olla selvillä omista tunteistaan, tarpeistaan, arvoistaan, asenteistaan ja normeistaan, jotka liittyvät seksuaalisuuteen. Työntekijä tarvitsee luvan omaan seksuaalisuuteen, voidakseen antaa luvan asiakkaalle. Kokemukset, joita meillä on seksuaalisuudesta ollut ja käsitykset ja uskomukset, jotka olemme huomaamattamme omaksuneet, vaikuttavat meissä väistämättä. Seksuaalisuuden ilmiöt voivat herättää monenlaisia tunteita ja näiden tunteiden kohtaaminen sekä itsessä että asiakkaassa on sekä haasteellista että

mahdollista. Oma ammatillisuus laajenee sitä mukaa kun voi työskennellä omien kielteisten tai rajoittavien asenteiden kanssa ja voi muuttaa niitä myönteisemmiksi ja neutraaleiksi. (Ilmonen 2001, 106.)

Ilmosen (2006) mukaan oma näkökulma lähtee aina omista kokemuksista ja omasta taustasta, siksi se on väistämättä kapea. Näkökulma voi laajeta kun ymmärtää, että itselle seksuaalisesti merkityksellinen asia ei välttämättä ole merkityksellinen toiselle. Oman näkökulman laajentaminen voi tapahtua myös pysähtymällä kohtiin, jotka ovat vaikeita hyväksyä tai ymmärtää tai jotka aiheuttavat ahdistusta tai voimakkaita tunteita (Ilmonen 2006, 49 - 50.)

Ryttyläinen ja Valkama toteavat, että hoitotyössä olevan on tarpeellista pysähtyä tarkastelemaan sitä, miten ajattelee vaikkapa seksuaalisuuden moninaisuudesta, ikääntyvien seksuaalisuudesta tai sairauksien ja vammaisuuden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. On hyvä pohtia, mitä itse pitää luvallisena ja nautittavana. Tällä tavoin hoitajan on mahdollista tunnistaa omat rajansa suhteessa seksuaalisuuteen. Jokainen ”EI” on raja, jonka työntekijä asettaa itselleen ja potilaalleen. Rajat paljastavat asenteen ja suhtautumisen. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 133.)

Sukupuolisuus ja seksuaalisuus, eri ilmenemismuotoineen, variaatioineen, merkityksineen ja kulttuurisine kytkentöineen on tiedollisesti hyvin laaja alue. Kaikkea ei voi tietää, mutta edellytyksiä tiedon antamiselle on, että työntekijä perehtyy riittävästi eri aihepiireihin. Omasta tietämättömyydestä tai epävarmuudesta voi tulla työskentelyn este, varsinkin jos oma ammatti-imago edellyttää kaikki tietävyyttä. Oma vaatimustaso kannattaa laskea ja uskaltautua kertomaan asiakkaalle, ettei tiedä jostain asiasta riittävästi, mutta voi luvata ottaa selvää. (Ilmonen 2006, 53.) Oman seksuaalisuuden tarkastelu ja hyväksyminen sekä itselle mielihyvää tuottavien asioiden tunnistaminen lisäävät itsetuntemusta ja vaikuttavat myönteisesti ammatilliseen kasvuun. (Ratia 2005, 26.)

Oman seksuaalisuuden kohtaaminen mahdollistuu Ratian (2005) mukaan oikean ajoituksen ja motivaation sekä vapautuneen ja luottamuksellisen ilmapiirin kautta. Laajentunut, tietoisempi käsitys ja tieto seksuaalisuuden monimuotoisuudesta, myyttien, omien asenteiden ja estojen merkityksestä edesauttaa oman seksuaalisuuden kohtaamisessa. Motivaation oman seksuaalisuuden käsittelyyn ja siinä kehittymiseen

täytyy lähteä omasta itsestä. Itsetuntemusta lisää myös omien vahvuuksien, heikkouksien ja rajojen tunnistaminen. (Ratia 2005, 24.)

2.2.5 Puheeksi ottaminen

Sosiaalisista valmiuksista olennaisimmat seksuaalisuuden parissa työskenneltäessä ovat kommunikaatiotaidot. Kommunikaation kulmakiviä ovat, miten puhumme, millaista kieltä käytämme ja onko kielellinen ja ei kielellinen viestintämme sopusoinnussa keskenään. (Ketola 2006, 64.) Seksuaalisuus on teema, jota pitäisi pitää esillä lähes kaiken työn ohella. Työyhteisön työntekijöiden on hyvä pysähtyä yhdessä miettimään, miten omassa työssä seksuaalisuus tulisi ottaa puheeksi, millaisia haasteita asiakas oman työn näkökulmasta seksuaalisuudessaan kohtaa tai missä hän saattaa tarvita apua. Työtavat, esille otettavat asiat ja oman työn vaikutukset seksuaalisuuteen kannattaa kerätä kirjallisina ylös esim. perehdytyskansioihin. (Bildjuschkin – Ruuhilahti, 2010, 68).

Monesti hoitotyöntekijä kokee seksuaalisuuden puheeksi ottamisen potilaan kanssa vaikeaksi. Hän saattaa ajatella, että potilasta ei kiinnosta sairastuessaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat tai että seksuaalisuus on potilaan yksityisasia ja ottamalla seksuaalisuuden puheeksi hän saattaa loukata potilasta (mm. Petäjä 2009). Seksuaalisuus saa eri elämänvaiheissa ja – tilanteissa eri merkityksen, joten puheeksi ottamisen on hyvä joskus tapahtua potilaan esiin nostamien asioiden ja aloitteiden pohjalta. Seksuaalisuus on henkilökunnalle arkaluonteinen asia ja vaikea käsitellä. Tämä ei saa tarkoittaa sitä, että aiheen käsittely jätetään potilaan vastuulle. Hoitajalla tulee olla herkkyyttä havaita, milloin on sopivaa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 137.) Potilaalla ja hoitohenkilöllä on usein erilainen seksuaalisuutta kuvaava sanasto. Monesti on hyvä käyttää potilaalle tuttuja sanoja, vaikka hoitotyöntekijän on tunnettava myös viralliset termit. Seksuaalisuudesta puhumista luontevasti voi harjoitella vaikkapa lukemalla sellaista kirjallisuutta, jossa on puhekielisiä ilmaisuja seksuaalisuudesta tai keskustelemalla seksuaalisuudesta tutun henkilön tai työtoverin kanssa. Parasta harjoitusta on sanoa ääneen seksuaalisuutta kuvaavia sanoja. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138.)

Ketola (2006) toteaa, kun hoitotilanteessa kohtaamme asiakkaan seksuaalisuuden, niin myös hänen naiseutensa tai mieheydensä. Voimme olla tietoisia tästä kohtaamisesta ja

käyttää sitä vahvistamaan hoitosuhdetta tai voimme käyttäytyä niin kuin asiakkaamme ei olisi lainkaan sukupuolinen olento, jolla on omat ilonsa, halunsa, toiveensa, pelkonsa ja herkät kohtansa. Näin menetämme merkittävän tekijän toimivan hoitosuhteen rakentamisessa ja pahimmillaan aiheutamme asiakkaalle ongelmia oman seksuaalisuuden kohtaamisessa. On selvää, ettei kaikissa hoitotilanteissa seksuaalisuudella ole yhtä suurta merkitystä, mutta mukana se on, halusimme sitä tai ei. (Ketola 2006, 62.)

Artikkelissa Ikäseksin satumaa Tarja Santalahti kirjoittaa terveydenhuollon ammatti-ihmisten tarvitsevan myös asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta sekä tietoa erityisryhmien tarpeesta. Ammatti-ihmisten tehtävä on ottaa seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset esille hoitosuhteessa; kiire ei saa olla este. Potilaan kysymyksiin tulee vastata; jos ensimmäiseen kysymykseen ei tule vastausta, potilas ei kysy uudestaan. Mitä arkaluontoisempi asia sen todennäköisempää on, että ensin potilas kysyy jotain helpompaa asiaa, lääketieteellistä lisätietoa tai hän saattaa heittää vitsin. Luottamuksen synnyttyä ammatti-ihmiseen, potilas uskaltaa kysyä arkaluonteisenkin asian. On kunniatehtävä olla pohtimassa asiakkaan kanssa seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä, sekä vastata niihin kysymyksiin. (Santalahti 2012, 10.)

2.2.6 Ammatillisuus ja etiikka

Terveydenhoitajaliiton puheenjohtaja Leila Lehtomäki kirjoittaa Terveydenhoitaja – lehdessä (2013) etiikan koostuvan arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja vaan tarjoaa ajattelun ja pohtimisen välineitä. Eettiset ohjeet ja periaatteet ohjaavat työntekijöitä työssään ja auttavat tekemään perusteltuja valintoja ja päätöksiä. Ne auttavat myös oman työn arvioinnissa. Terveydenhuollon ammattiryhmät ovat tyypillisesti laatineet omalle ammattikunnalleen ohjeita ja periaatteita, jotka ilmenevät ammattikunnan näkemystä toiminnan tavoitteesta. Ohjeistuksella pyritään turvaamaan ammattilaisten eettisesti korkeatasoinen toiminta. (Lehtomäki 2013, 6.)

Kaikkien terveydenhuoltoalalla työskentelevien ei tarvitse olla kiinnostuneita omasta tai asiakkaansa seksuaalisuudesta, mutta jokaisen työntekijän tulisi tietää mitä ajattelee tästä asiasta ja missä ovat hänen oman toimintansa rajat. Tärkeämpää onkin verkostoitua ja tuntea rajansa kuin olla asiantuntija kaikessa eteen tulevassa.

Intimiteettiin liittyvät rajat vaihtelevat erittäin merkittävästi eri yksilöillä myös kulttuurillisista syistä. Ovatpa intimiteetin rajan syyt mitkä hyvänsä niitä tulee kunnioittaa. Ammatillisuus edellyttää perustietojen hankintaa tai tietojen päivittämistä ainakin muutaman vuoden välein. Seksuaaliongelmien ovat vielä niin alihoidettu alue, että pienelläkin tietotaidon lisäyksellä monien on mahdollista parantaa ammatillista osaamistaan merkittävästi. Vaikka ei tekisi muuta, voi opetella kuuntelemaan rauhallisesti, kiirehtimättä loppuun saakka, mitä asiakkaalla on sanottavaa ja sitten ohjata hänet eteenpäin. (Ketola 2006, 61.)

Kirjassaan seksuaalisuus hoitotyössä Ryttyläinen ja Valkama kirjoittavat ammattietiikasta ja seksuaalisuuden kohtaamisesta. Seksuaalisuus on henkilökohtaista ja asiakkaat voivat haavoittua epäammattillisesta ja epäeettisestä toiminnasta. Profession ominaisuuksiin kuuluvat eettiset ammattisäännöt eli eettiset ohjeet. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 44.)

Työntekijä-potilassuhteessa tulee kaikkia kohdella tasa-arvoisesti ja huolenpidolla. Työntekijä ei saa käyttää asiakas-, tai potilassuhdetta hyväkseen taloudellisesti, seksuaalisesti, emotionaalisesti tai millään muullakaan tapaa. Asiakassuhteen tulee pysyä ammatillisena kaikissa tilanteissa. Työntekijän tulee olla neutraali asiakkaansa elämäntavan tai seksuaalisuuden ja ihmissuhteita koskevan arvomaailman suhteen. Tämä tarkoittaa erilaisten arvovalintojen kunnioittamista. Tutkimuksia tai fyysistä kontaktia edellyttäviä terapeuttisia menettelytapoja toteuttavat ainoastaan tehtäviin koulutetut työntekijät. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 47).

Hoitotyö seksuaaliterveyden edistämässä vaatii onnistuakseen hyviä vuorovaikutustaitoja. Ei riitä, että työntekijä hallitsee teoreettiset tiedot, vaan sen lisäksi on oltava valmiudet tuoda tiedot ja taidot julki. Yksi tärkeimmistä ammatillisen osaamisen alueista on kyky tulla toimeen ihmisen kanssa, osata kuunnella, keskustella ja arvostaa myös erilaisia mielipiteitä. Rauhallinen ja läsnä oleva asiakkaan kuuntelu on tärkeää, jotta varmistutaan siitä, että toimitaan todella asiakkaan halun tai tarpeen mukaan. Hoitotyö seksuaaliterveyden edistämässä perustuu asiakaslähtöisyyteen, jolloin asiakkaan mielipiteitä ja hänelle tärkeitä asioita kunnioitetaan. Keskittyessään asiakkaan esille tuomiin asioihin, työntekijä siirtää omat mielipiteensä ja ajatuksensa syrjään. (Ketola 2006, 66.)

Hoitotyön tutkimussäätiön tutkija Teija Korhonen toteaa Sairaanhoidajalehdessä (2011) Mari Schildin artikkelissa ”Asiantuntijuus korostuu tulevaisuuden hoitotyössä”, ettei yhden ihmisen pitäisi osata ja hallita kaikkea. Tarvitaan jaettua asiantuntijuutta, joka tarkoittaa paljon osaavia ihmisiä, jotka tuovat asiantuntijuutensa yhteen ja muodostavat yhteisen näkemyksen potilaan hoidosta. Hänen mukaansa organisaatiossa tulisi pohtia enemmän dynaamista organisaatiomallia, jossa kaikkien asiantuntemus hyödynnetään ja johtajuus on sitä, että kaikki mahdollinen potentiaali saadaan irti. (Schild 2011, 23.)

3 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA AMMATILLINEN KOULUTUS

Ryttyläinen- Korhonen kirjoittaa Terveystietä (2010) lehdessä artikkelin Tabusta seksuaalisuuden asiantuntijaosaamiseen. Artikkelissa todetaan seksuaalisuuden olevan olennainen osa ihmisyyttä. Silti se on edelleen yhteiskunnassamme tabu, johon liittyy myyttejä ja virheellisiä käsityksiä. Seksuaalisuuden ongelmista vaietaan usein, eikä niihin saa aina etsimälläänkään asiantuntevaa apua ja hoitoa. Kun kansansairauksien ja seksuaaliongelmien yhteyksistä on saatu tieteellistä näyttöä, tieto seksuaaliterveyden merkityksestä ihmisen kokonaishyvin vointiin vaikuttavana tekijänä on lisääntynyt. Seksuaaliterveys jää helposti muiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien asioiden varjoon, minkä vuoksi monet seksuaaliterveyden ongelmat jäävät tunnistamatta eikä niihin osata puuttua. Hoitohenkilökunnalla on hyvä mahdollisuus käsitellä ja tukea asiakkaan seksuaaliterveyttä vastaanottokäyntien yhteydessä, kun hänellä on siihen riittävät taidot. Osaamisen parantamisessa täydennyskoulutus on avainroolissa. Täydennyskoulutusta tarvitaan ammattitaidon kehittämiseksi seksuaalisuuden kohtaamisessa, seksuaalietiikassa ja erityiskysymysten käsittelyssä. (Ryttyläinen- Korhonen 8, 22.)

Järvinen ja Mällinen tutkivat (2009) opinnäytetyössään Seksuaaliterveyden ja seksologian opetusta ja koulutusta Suomessa 2003 – 2009. Opinnäytetyössä selvitettiin, mihin sosiaali- ja terveysalan tutkintoihin kuului seksuaaliterveyden ja seksologian opetusta. Vastaajien mukaan suurimpaan osaan (96 %) terveyden- ja sairaanhoidajien tutkinnoista liittyy seksuaaliterveyden opetusta. Lisäksi kaikkien vastaajien mukaan ensihoitajien, kättilöiden, naprapaattien, toimintaterapeuttien ja geronomien opintoihin

kuului seksuaaliterveyden opintoja. Sosionomien koulutuksessa 27 % ja fysioterapeuttien koulutuksessa 33 % ei opiskella seksuaaliterveyteen liittyviä asioita lainkaan. Yhdessä Suomen ammattikorkeakouluista on tällä hetkellä mahdollisuus suorittaa seksuaaliterveyden edistämisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto. (Järvinen & Mällinen 2009, 31.)

Yhteensä vuosina 2003 - 2009 on koulutettu 499 seksuaalineuvojaa. Lisäksi 36:lla olivat opinnot vielä kesken. Vuonna 2006 on valmistunut eniten seksuaalineuvojia, yhteensä 109 seksuaalineuvojaa. Seksologian perusteiden opintoja suorittavien määrä näyttäisi kuitenkin olevan vähän laskussa; vuonna 2008 valmistui 39 seksuaalineuvojaa ja tämän lisäksi 12 on opinnot kesken. Vuonna 2009 24 opiskelijalla on seksologian perusteiden opinnot kesken. Kouluttavien ammattikorkeakoulujen ja organisaatioiden määrä oli pysynyt jokseenkin muuttumattomana vuosien 2003 – 2009 aikana. (Järvinen & Mällinen, 2009, 33.)

Lääketieteen peruskoulutusohjelmissa oli jonkun verran seksologian opetusta. Seksuaalista väkivaltaa ja hyväksikäyttöä käsiteltiin kaikissa tiedekunnissa. Vähäisemmälle huomiolle jäivät kuitenkin monet tavalliset ongelmat kuten naisten seksuaalihäiriöt samoin kuin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt. Lääkäreiden peruskoulutuksessa käsiteltiin tiettyjä seksuaaliterveyden osa-alueita, kuten raskauden ehkäisyä ja sukupuolitauteja, mutta monet ongelmat kuten ikääntymiseen tai pitkäaikaissairauksiin liittyvät kysymykset sekä seksuaalisuuden moninaisuus jäivät vähälle käsittelylle tai puuttuivat kokonaan. (Ritamo 2008, 14.)

Seksuaalisuutta käsittelevän opetuksen kokonaisuuden hahmottamisen ja koordinaation ongelmat tulivat selvästi esille Kosunen (2003) tekemässä tutkimuksessa Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden koulutuksessa. Seksologian tai seksuaalilääketieteen opettaminen ei kuulu selkeästi minkään oppialan piiriin, jolloin vastuu opetuskokonaisuudesta ei kuulu kenellekään. Useissa keskusteluissa ja vastauksissa ilmeni, että seksologisten aiheiden oletettiin tulevan esille jonkun muun oppialan opetuksessa. Selkeästi tuli esille se, että seksuaalisuuteen liittyvien asioiden opettaminen riippui suuresti yksittäisestä henkilöstä: seksuaalinen ulottuvuus otettiin esille, jos kyseinen opettaja itse piti sitä tärkeänä. (Kosunen, 2003, 6.)

Sannisto (2011) väitöskirjassaan Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa toteaa seksuaalineuvojakoulutuksen saaneita hoitajia työskennelleen tutkimusajankohtana vain muutamassa terveyskeskuksessa. Etenkin hoitajat kuitenkin ilmoittivat ottavansa ainakin jossain määrin esiin seksuaalineuvonnan aihepiiriin kuuluvia kysymyksiä raskauden ehkäisyneuvonnan yhteydessä. Kouluterveydenhoitajat osallistuivat yläkoulujen seksuaaliopetukseen tavallisimmin pitämällä oppitunteja ja osallistumalla sen suunnitteluun. Seksuaaliterveyspalveluiden tasa-arvossa ja oikeudenmukaisuudessa voidaan katsoa olleen puutteita palveluiden käyttäjien näkökulmasta etenkin palveluiden piiriin pääsyssä todettujen ongelmien ja vaihtelevan palveluiden laadun takia. Tutkimuksessa koettiin työntekijöiden tarpeen näkökulmasta nousseen lukuisia kehittämistarpeita. Keskeisimpänä voitiin pitää työntekijöiden tarvetta saada koulutusta, mikä ilmeni lääkäreiden ja hoitajien vastauksissa suoraan. Kokonaisuutena katsoen seksuaaliterveyspalveluiden tarjontaa voitiin tässä tutkimuksessa pitää hyvänä. Toimintakäytännöt ja palveluiden laatu olivat kuitenkin varsin vaihtelevia ja useita palveluiden saatavuutta heikentäviä lääketieteellisiä esteitä todettiin. Ammattilaisten säännönmukaiselle täydennyskoulutukselle, lääkäreiden ja hoitajien työjaon tarkistamiselle sekä johtamisen kehittämiseksi on tutkimusten valossa terveyskeskuksissa tarvetta. (Sannisto 2012, 28 - 29.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia tunnettaanko STM:n toimintasuunnitelmaa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä Nokian terveyskeskuksen avoterveydenhuollon henkilökunnan taholla. Tavoitteena on myös tutkia miten seksuaaliterveyden edistämisen haasteet koetaan henkilökunnan kokemana arjen hoitotyössä ja selvittää seksuaalisuuden puheeksi ottamista tai sen vaikeutta. Opinnäytetyölläni pyrin lisäämään perusterveydenhuollon henkilökunnan myönteistä asennetta seksuaaliterveyttä kohtaan. Toivon tällä tutkimuksellani olevan myös vaikutusta seksuaaliterveyspalvelujen kehittämiseen perusterveydenhuollossa ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen toimintaohjelman tavoitteiden vahvistamiseksi työyhteisössämme.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Tunnetaanko STM:n laatima seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintasuunnitelma vuosille 2007 -2011 Nokian terveyskeskuksessa?
2. Millaisia ovat seksuaaliterveyden puheeksi ottamisen haasteet avoterveydenhuollon lääkäreillä, terveydenhoitajilla ja sairaanhoitajilla Nokian terveyskeskuksessa?
3. Miten terveyskeskuksen avoterveydenhuollon lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat kokevat seksuaaliterveyden kysymykset työssään?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön lähestymistapa on sekä laadullinen eli kvalitatiivinen että määrällinen eli kvantitatiivinen. Haluan tietää, miten henkilökunta tuntee seksuaaliterveyden edistämisen liittyvän toimintasuunnitelman Nokian terveyskeskuksessa. Lisäksi halusin tietää miten seksuaaliterveyden puheeksi ottaminen ja siihen liittyvät haasteet koetaan arjen työssä. Määrällisen tutkimuksesta tekee tiedonkeruun kyselyjen määrä, koska kyselyyn on valittu Nokian terveyskeskuksen avoterveydenhuollon väestövastuun ja kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat, sekä lääkärit. Tutkimus tehdään omalla työpaikallani uskon lomakkeen tavoittavan kyselyn vastaajan paremmin kuin satunnaisesti valitun vastaajan. (Heikkilä 2001, 66).

Opinnäytetyölläni toivon olevan myös seksuaaliterveyttä positiivisesti edistävä vaikutus. Ainakin ajatustasolla tapahtuisi ajatuksia herättävänä. Vilkan (2005) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen tärkeä tehtävä on olla myös emansipatorinen. Se on tutkittavien ymmärryksen ja myönteisen ajattelun ja toimintatapojen lisääntymistä tutkittavaa asiaa kohtaan. (Vilka 2005, 103.)

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen lähestymistapa on sekä kvalitatiivinen eli laadullinen ja kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä. Näiden avulla koen saavani selvyiden kysymyksiini ja koen niiden yhdessä sopivan parhaiten tutkimusongelmieni selvittämiseksi.

Niin kvalitatiivisessa kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa Hirsjärven ym. (2001) mukaan tutkija voi olla etäällä tutkittavista tai lähellä heitä. Kvalitatiivinen tutkimus ei välttämättä merkitse läheistä kontaktia tutkittaviin, vaikka usein ehkä niin esitetään.

Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleensä sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto; tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä monia asioita. Kyselylomake on tehokas, se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 180 - 182.)

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta voidaan Heikkilän (2008) mukaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Se avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Se edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008, 16.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus taas auttaa Heikkilä (2008) mukaan ymmärtämään tutkimuskohdetta ja selittämään sen käyttäytymisen ja päätösten syitä. Selvittämällä kohderyhmän arvot ja asenteet tai tarpeet ja odotukset saadaan tarpeellista tietoa esim. markkinoinnin tai tuotekehittelyn pohjaksi. Kvalitatiivinen tutkimus sopii myös toiminnan kehittämiseen, vaihtoehtojen etsimiseen ja sosiaalisten ongelmien tutkimiseen. Sen avulla voidaan myös antaa virikkeitä erilaisille jatkotutkimuksille. (Heikkilä 2008, 16.)

Kyselyn muoto, josta käytetään nimitystä *informoitu kysely* (Uusitalo 1995, 91), tarkoittaa sitä, että tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti. Vastaajat täyttävät lomakkeet omalla ajallaan ja palauttavat lomakkeet joko postitse tai johonkin sovittuun paikkaan. Kyselylomakkeet jaan terveyskeskuksessa suoraan haastateltavien postilokeroihin ja mukaan on liitetty huolellisesti suunniteltu saatekirje sekä

palautusosoitteella varustettu kirjekuori. Sopiva vastausaika on Heikkilän (2001) mukaan n. viikko ja näin olen tehnyt. (Heikkilä 2001, 66.)

Heikkilän (2001) mukaan kyselylomake on kysely- ja haastattelututkimusten olennainen osatekijä. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata oikeita asioita yksiselitteisesti, ja niiden tulee kattaa koko tutkimusongelma. Lomakkeen suunnittelu edellyttää tutkimusaihetta koskevaan kirjallisuuteen tutustumista ja tutkimustavoitteen, käsitteiden ja tutkimusasetelman määrittelyä. Hyvä tutkimuslomake on selkeä, siisti ja asetteluiltaan ja ohjeiltaan johdonmukainen ja yksiselitteinen. (Heikkilä 2001, 29, 45 – 50.)

Strukturoitujen kysymyksen ja avoimen kysymyksen välimuoto on mahdollinen; valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen esitetään avoin kysymys. Avoimella kysymyksellä ajatellaan saatavan esiin näkökulmia, joita tutkija ei ole osannut etukäteen ajatella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 186.)

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen perusjoukko on se tutkittava kohdejoukko, josta tietoa halutaan. Vaikka perusjoukko pystyttäisiin määrittelemään yksiselitteisesti, voi kaikkien yksiköiden tavoitettavuus olla käytännössä mahdotonta. Otoksoon valinnassa on tavoitteena Heikkilän (2008) mukaan saada samat tutkimustulokset kuin koko perusjoukosta. (Heikkilä 2008, 34.)

Tutkimukseni kohdejoukoksi valitsin Nokian terveyskeskuksen avoterveydenhuollon henkilökunnasta väestövastuun alueiden lääkärit, sairaan- ja terveydenhoitajat sekä kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat. Valittu joukko on ns. perusjoukko, jolla saadaan hoitotyön arkeen sopiva näkemys seksuaaliterveyden edistämisen kokemuksesta. Kohderyhmä on helppo tavoittaa ja kyselylomakkeet voin jakaa suoraan omiin postilaatikoihin työpaikallani. Näin kyselyt tavoittavat asianomaiset suoraan. Koska Hirsjärven ym. (2001) mukaan otoskokoon vaikuttaa lähinnä tulosten tarkkuustavoite. Perussääntönä on, että mitä tarkemmin otoksen avulla saatujen tulosten halutaan vastaavan perusjoukon lukuja, sitä suuremman otoksen on oltava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 167). Näin päädyin koko väestövastuu alueen

henkilökunnan mukaan ottamiseen lääkäreiden ja sairaan-/ terveydenhoitajien osalta sekä kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat.

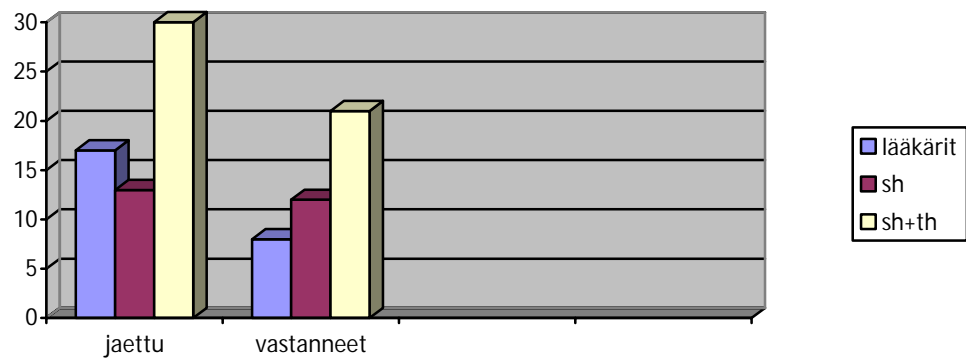
Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleensä sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto; tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan kysyä monia asioita. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia, koska ei ole mahdollista varmistua, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen; ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Lisäksi ei ole selvää miten onnistuneita vastausvaihtoehdot ovat vastaajien näkökulmasta. Väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Hirsjärven ym. (2001) mukaan kato (vastaamattomuus) nousee joissain tapauksissa suureksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 182.)

Tätä tutkimusta varten laadin kyselylomakkeen (liite 1.), joka sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli syventää kysymyksiä. Haasteeksi koin lomakkeen tekemiseksi niin yksinkertaiseksi, että kyselyihin vastaisi mahdollisimman moni, myös lääkäri. Aikaa kyselyn vastaamiseen ei saisi mennä kauaa, koska aikataulut hoitotyössä niin hoitohenkilökunnalla kuin lääkäreilläkin ovat tiukat. Lomaketta suunnitellessani pyrin sen näyttävän, kuten Hirsjärvi (2001) ohjeistaa helposti täytettävältä. Ulkoasultani pyrin myös moitteettomuuteen. Lähetekirjeessä (liite 2.) kerroin kyselyn tarkoituksesta, sen merkityksestä vastaajalle ja minulle tutkijana. Taustakysymyksillä, kuten ammattiryhmällä ja työkokemuksella on merkitystä aineistoa analysoidessa.

5.3 Vastaajien taustatiedot

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka jaoin henkilökohtaisesti kaikille kohderyhmiin kuuluville postilokeroihin. Aineisto kerättiin maaliskuussa 2013 ja vastausaikaa oli yksi viikko 19.3 – 26.3.2013. Lomakkeet palautettiin nimelläni suljetuissa kirjekuorissa henkilökohtaiseen postilokeroon, jotka kävin sieltä noutamassa. Tietooni ei tullut lomakkeen täyttäjän yhteystietoja eikä henkilöllisyyttä. Kyselylomakkeessa oli 13 kohtaa ja se mahtui kaksipuoliselle lomakkeelle. Kyselylomakkeita jaoin 60 kappaletta ja vastauksia tuli 41. Vastausprosentti oli kyselylleni 68 % (N=41). Alla kuvio ammattiryhmistä, joille kyselylomakkeet jaoin ja niihin vastanneiden määrät. Kaaviossa on eriteltyä lääkäreitä, sairaanhoitajia ja

terveydenhoitajat, joilla on myös sairaanhoitajan pätevyys. Kaksoispätevyyden omaavat kulkevat tutkimuksessani yhdessä terveydenhoitaja sarakkeessa.



Kuvio 4. Kyselylomakkeiden jako ja vastanneet

Tutkimukseni vastausprosentit olivat lääkäreillä 44 % (n=8), sairaanhoitajilla 92 % (n=12) ja sairaan-/ terveydenhoitajilla 70 %. (n=21). Yksittäisistä ryhmistä suurin olivat terveydenhoitajat, joihin laskettiin myös kaksoiskoulutuksen omaavat sairaan-/ terveydenhoitajat. Hylättyjä vastuksia ei ollut, mutta lääkäreiden keskuudessa yksi vastaaja ei ollut huomionnut lomakkeen kaksipuolisuutta.

Heikkilän (2001) mukaan tuloksia raportoitaessa on huolehdittava, ettei kenenkään yksityisyyttä tai ammattisalaisuutta vaaranneta. Yksittäistä vastaajaa ei saa tuloksista tunnistaa. (Heikkilä 2001, 31.)

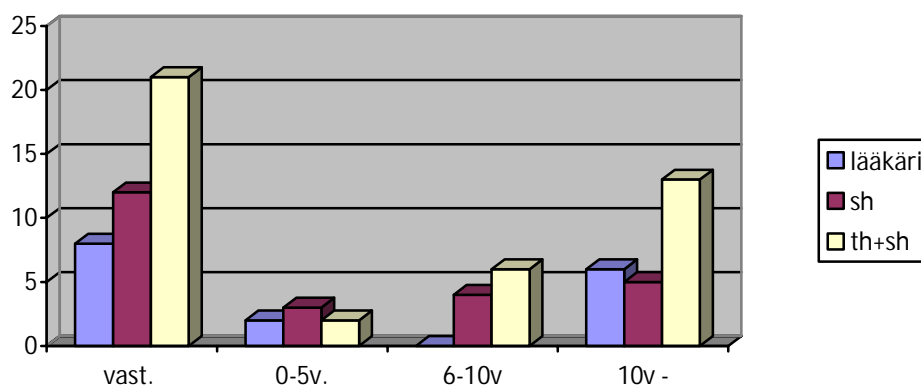
5.4 Aineiston analyysi

Tutkimukseni tehtiin kyselytutkimuksella, jossa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselytutkimus palveli tutkimustani hyvin sen laaja-alaisuuden että taloudellisuuden vuoksi. Arkaluonteisen aiheen ollessa kyseessä myös nimettömyys on etu. Tutkimukseni on myös yleistettävissä kohtuullisen helposti keskisuuren kaupungin väestövastuu vastaanoton kokemukseen seksuaaliterveyden edistämisestä. Monivalintakysymykset on esitetty kaavioina ja laadullinen osuus strukturoitujen kysymysten osalta käsittelin sisällön analyysillä. Opinnäytetyössäni vastaukset ovat luokiteltu kysymysten perusteella yläluokiksi ja näihin on muodostettu vielä vastauksien perusteella vielä alaluokat.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

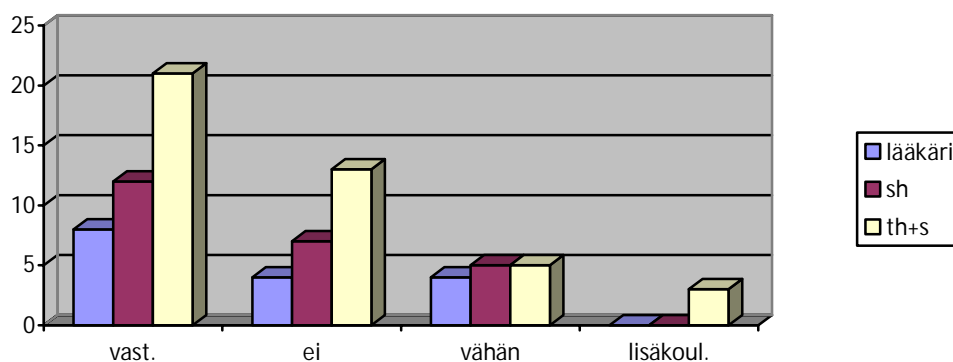
6.1 Vastaajien ominaisuudet

Kyselytutkimukseen osallistuvista ei tiedetä ovatko he vakituksessa työsuhteessa vai sijaisia. Samoin merkityksellistä tutkimuksen kannalta ei ollut sukupuoli. Työkokemusta tutkimuksessa kysyttiin ja sillä näyttäisi olevan suora yhteys peruskoulutuksessa saatuun seksuaaliterveyden edistämisen opetukseen. Vähiten työkokemusta omaavilla oli eniten peruskoulutuksessa aiheesta opetusta. Kuvioissa ensimmäisissä pylväissä on merkitty vastausmäärät ja kysymysten tulokset perässä olevissa pylväissä eli työkokemukset.



Kuvio 5. Vastaajien työkokemus

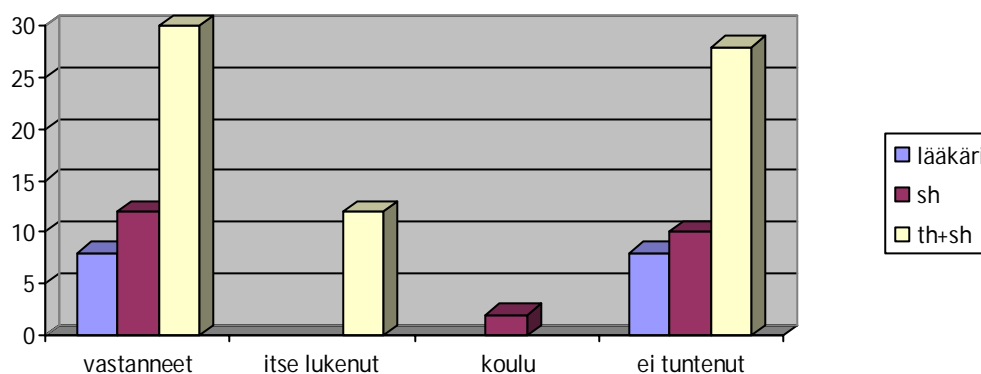
Seksuaaliterveyden opetus koettiin peruskoulutuksissa *pintapuolisina raapaisuina ja käytännön kokemuksiin liittyvä opetus olematonta*. Suuntaus oli kaikilla henkilöstöryhmillä samanlainen. Lääkäreillä ja terveydenhoitajilla oli muutamia aiheeseen liittyviä koulutuksia, pääsääntöisesti luentotyypisiä. Terveydenhoitajista kolmella oli seksuaaliterveyteen liittyvä lisäkoulutus.



Kuvio 6. Seksuaaliterveys peruskoulutuksessa ja alan muu koulutus

6.2 Palveluiden järjestäminen ja toimintakäytännöt

Seksuaaliterveyspalveluiden järjestäminen on ollut osa ns. perustyötä, sillä ei ole ollut erillistä asemaa terveyspalveluissa. Toimintaohjelman mukaista suositusta ei ole vielä käytössä Nokian terveyskeskuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma seksuaaliterveyden edistämiseksi ei ollut työyhteisössä vastaan tullut asia. Tietoa toimintasuunnitelmasta on saatu sekä sähköisestä lähteestä että alan lehdistä.



Kuvio 7. STM:n toimintasuunnitelman tunnettavuus ja tieto mistä tullut

Vastaajista lääkäreille ei ollut STM:n toimintasuunnitelma lainkaan tuttu. Sairaanhoitajista kaksi oli kuullut asiasta koulussa ja heillä työkokemusta oli kummallakin alle viisi vuotta. Terveystenhoitajista, ne joille toimintasuunnitelma oli tuttu, olivat lukeeet asiasta Terveystenhoitaja-lehdestä, STM:n sivuilta tai saaneet tietoa seksuaaliterveyden edistämisen koulutuksessa. Ne, joille toiminta suunnitelma

oli tuttu, totesivat, ettei toimintasuunnitelma toteudu työyhteisössä; puutteita on mm. *henkilöstömitoituksessa, koulutuksen riittämättömyydessä ja vastaanotolle pääsyssä.*

6.3 Työntekijöiden kokemukset

Peruskoulutuksessa saadut tiedot seksuaalisuudesta koettiin vähäiseksi ja lisäkoulutuksen tarve oli ilmeinen. Avoimilla kysymyksillä kartoitettiin lisäkoulutuksen tarvetta ja koulutus oli taulukkoon asetettavista yläluokista. Alaluokkina koulutukseen liittyvinä tarpeina Sairaudet ja seksuaalisuus, seksuaalisuuden päivitetyt tiedot, ikääntyneen seksuaalisuus, seksuaalisuus kotihoidossa, puheeksi ottaminen, seksuaalinen kaltoinkohtelu, seksuaalisuuden monimuotoisuus, seksuaaliterveyden edistäminen, seksuaalihäiriöt ja seksuaalisuus eri ikäkausina. Vastausten prosenttiosuudet näkyvät kuviossa 7.

TAULUKKO 2. Koulutuksen tarve

Koulutuksen tarve	N=40.
Seksuaalisuus ja sairaudet	5 %
Päivitetty tieto seksuaalisuudesta	17,5 %
Ikääntyneen seksuaalisuus	15 %
Seksuaalisuus kotihoidossa	5 %
Puheeksi ottaminen	5 %
Seksuaalinen kaltoinkohtelu	2,5 %
Seksuaalisuuden monimuotoisuus	15 %
Seksuaaliterveyden edistäminen	5 %
Seksuaalihäiriöt	2,5 %
Seksuaaliterveys eri ikäkausina	7.5 %

Vastaajat kuvasivat koulutustoiveitaan mm. seuraavasti;

”Seksuaalihäiriöistä kertausta, ruohonjuuritason neuvonnan ohjausta”

”Seksuaaliterveydestä eri ikäkausina, seksuaalivähemmistöt”

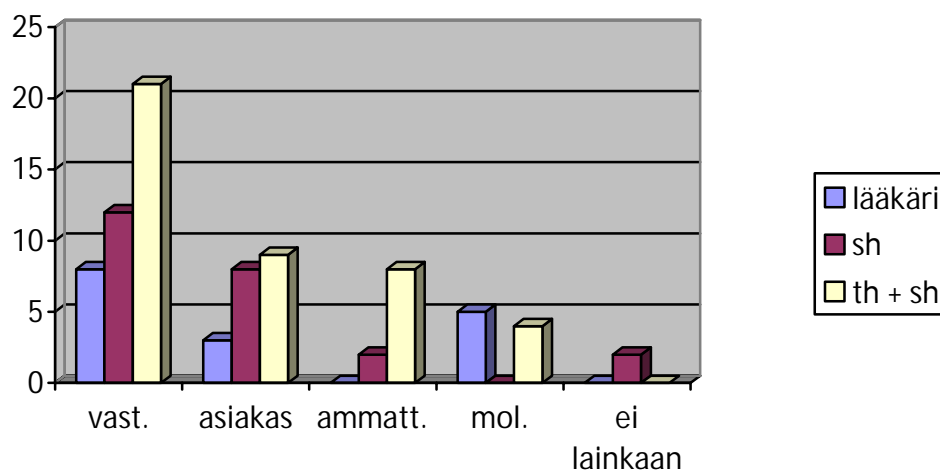
”Nuorten seksuaalikäyttäytymisen kulmakivet, seksuaalisuus vakavan sairauden aikana”

”Ikääntyvien seksuaalisuus mm. dementoivaa sairautta olevan seksuaalisuus”

”Seksuaalisuuden moninaisuus, neuvonta ja haasteet mm. vammaisen/ ikääntyneen asiakkaan kanssa”

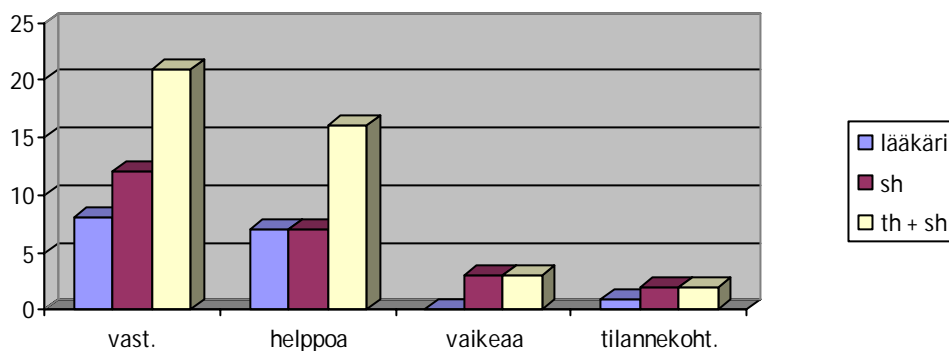
”Puheeksi ottamisen haasteet”

Seksuaaliterveyden puheeksi ottoa käsittelevissä kysymyksissä tarkasteltiin tuleeko puheeksi otto yleensä asiakkaalta vai haastateltavalta ja onko puheeksi otto sinulle helppoa vai vaikeaa.



Kuvio 8. Puheeksi ottamisen aloittaja

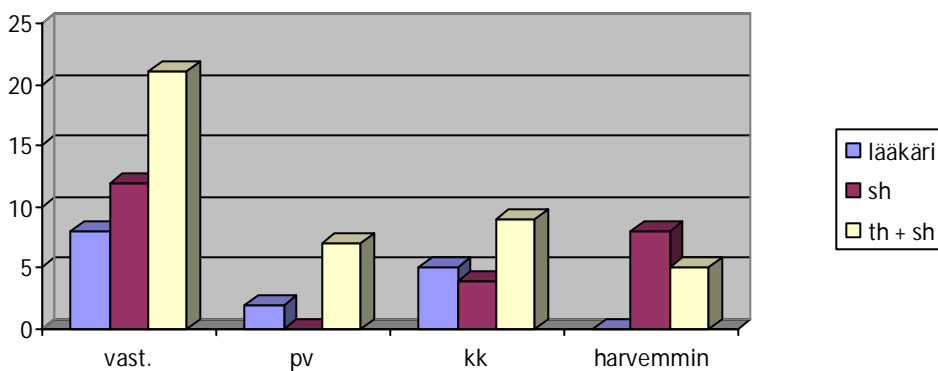
Puheeksi ottaminen aloitteellisuus vaihteli jonkun verran. Sairaanhoitajista löytyi muutama joilla ei ollut lainkaan seksuaalisuuteen liittyviä puheeksi ottoja. Sairaanhoitajilla puheeksi otto tuli pääsääntöisesti asiakkaalta 66 %. Lääkäreillä suurin osa puheeksi oistoista 68 % tuli sekä asiakkailta että lääkäriltä itseltään. Asiakkaat olivat aloitteellisia lääkärin vastaanotolla 37,5 %. Terveystenhoitajilla suuntaus oli asiakkaan aloitteellisuudella 43 %. Hoitajilta aloitteellisuutta oli 38 %.



Kuvio 9. Puheeksi ottamisen helppous/ vaikeus

Kokemukset puheeksi ottamisesta koettiin lääkäreiden keskuudessa 75 % helppoina. Yksi vastaajista ei ollut huomannut lomakkeen olevan kaksisivuinen eli molemmilla puolilla paperia oli kysymyksiä, joten vastaukset tästä eteenpäin koskevat seitsemää lääkärää. Sairaanhoitajista 58 % koki seksuaalisuuden puheeksi oton helppona, 25 % vaikeina ja tilannekohtaisesti 16 %. Terveystenhoitajien kokemukset 76 % helppoja, vaikeina 14 % ja tilannekohtaisesti 9,5 %.

Seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset olivat lääkäreille päivittäisiä 25 %, kuukausittain (lisätty teksti viikoittaisia) 62,5 % ja yksi vastaajista oli siis jättänyt kakkospuolen vastaamatta. Sairaanhoitajille päivittäisiä kysymyksiä seksuaaliterveydestä ei tullut lainkaan, kuukausittain kysymykset koskettivat 33,3 % ja harvemmin kysymyksiin vastasivat 66,6 %. Terveystenhoitajista seksuaaliterveyden kysymyksiin vastasi päivittäin 33,3 %, kuukausittain (myös lisätty teksti viikoittain) 42 % ja harvemmin kysymyksiin vastasivat 23,8 %.



Kuvio 10. Seksuaaliterveyden kysymykset

Yleisimmät seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset, joita asiakkailta tulee on laitettu Kuvion 11. taulukkoon yläkategoriaksi. Alakategorioiksi kyselyyn vastanneiden vastauksista ovat löytyneet ikääntyneen naisten limakalvovaivat, ehkäisy, sukupuolitaudit, erektiovaikeudet, haluttomuus, ennenaikainen siemensyöksy, yhdyntäkivut, parisuhdeongelmat, vaihdevuosisiat, yhdyntäkivut, nuorten sukupuolikäyttäytyminen, miesten haluttomuus, seksistiset puheet dementoituneella, virtsan karkailu, eturauhastoimenpiteet, lääkityksen vaikutus seksuaalisuuteen, ulkonäön merkitys seksuaalisuuteen, tartuntataudit, muistisairaana seksuaalisuus, potenssilääkkeet, impotenssiongelmat, lapsettomuus, ikääntyneen seksuaalisuus, synnytys, raskauden keskeytykset, synnytyksen jälkeinen seksuaaliterveys, normaali seksuaalisuus, seurustelu, seksuaali-identiteetti, fyysiset muutokset.

TAULUKKO 3. Asiakaslähtöiset puheeksi oton aiheet

Asiakaslähtöiset seksuaaliterveyden kysymykset	N=41
Naisten limakalvovaivat	7,3 %
Ehkäisy	21,9 %
Sukupuolitaudit	12,5 %
Erektiovaikeudet	17,0 %
Haluttomuus	19,5 %
Ennenaikainen siemensyöksy	2,4 %
Yhdyntäkivut	2,4 %
Parisuhdeongelmat	12,5 %
Nuorten sukupuolikäyttäytyminen	2,4 %
Seksistiset puheet dementoituneella	2,4 %
Ikääntyneen seksuaalisuus	9,7 %
Eturauhastoimenpiteet	2,4 %
Lääkityksen vaikutus seksuaalisuuteen	4,8 %
Ulkonäön merkitys seksuaalisuuteen	2,4 %
Tartuntataudit	2,4 %
Muistisairaana seksuaalisuus	2,4 %
Lapsettomuus	2,4 %
Synnytys	2,4 %

Raskauden keskeytykset	2,4 %
Raskauden aikainen seksuaalisuus	7,3 %
Synnytyksen jälkeinen seksuaaliterveys	4,8 %
Normaali seksuaalisuus	4,8 %
Seurustelu	4,8 %
Toimenpiteet ja seksuaalisuus	2,4 %
Seksuaali-identiteetti	2,4 %
Virtsan karkailu	4,8 %
Fyysiset muutokset	2,4 %
Kuukautiset	4,8 %

Eniten seksuaaliterveyden kysymyksiä henkilökunnalle asiakkaat ovat esittäneet ehkäisystä 21,9 %, haluttomuudesta 19,0 %, erektiovaikeuksista 17 %, parisuhdeongelmista ja sukupuolitaudeista 12,5 %. Vastauksista löytyi yhteensä 29 erilaista alakategoriaa eli kysymyksiä asiakkailta on seksuaalisuudesta paljon. Vastaajat kokivat asiakaslähtöisessä puheeksi otossa mm. seuraavia aiheita;

”Voiko olla vielä yhdynnässä?”

”Ulkonäköön liittyvät ongelmat seurustelussa?”

”Seksistiset puheet dementoituneella”

”Viagran aloittaminen ja sen kautta lääkärin vastaanotolle ajan varaaminen”

”Kuinka pian voi jonkun toimenpiteen jälkeen harrastaa seksiä?”

”Voiko muistisaira puolison kanssa harrastaa seksiä?”

Yleisimmät henkilökunnan seksuaaliterveyteen liittyvistä puheeksi ostoista on laitettu taulukkoon 4. Alakategorioiksi kyselyyn vastanneiden vastauksista ovat löytyneet ehkäisyyn liittyvät kysymykset, erektiovaivat, haluttomuus, parisuhdeongelmat, sairauksien vaikutus seksuaaliterveyteen, sukupuolitaudit, lääkityksen vaikutus seksuaaliterveyteen, alkoholin käyttö, limakalvojen kunto, intiimihygienia, virtsan karkailu, nuorten seksuaalikäyttäytyminen, läheisyys, synnytyksen jälkeinen seksuaalisuus, murrosiän muutokset, seurustelu, seksuaalinen kaltoinkohtelu ja seksuaalisuuden portaat.

TAULUKKO 4. Henkilökunnan puheeksi oton aiheet

Henkilökunnan puheeksi oton aiheet	N=41
Ehkäisy	19,5
Erektiovaivat	7,3
Haluttomuus	7,3
Parisuhdeongelmat	9,7
Sairauksien vaikutus seksuaalisuuteen	2,4
Sukupuolitaudit	14,6
Lääkityksen vaikutus seksuaalisuuteen	7,3
Alkoholin käyttö ja seksuaalisuus	2,4
Limakalvovaivat	17,0
Intiimihygienia	9,7
Kuukautiset	2,4
Nuorten seksuaalikäyttäytyminen	12,1
Läheisyys	17,0
Raskauden aik. ja synnytyksen jälk. seksuaalisuus	12,1
Seksuaalisuuden portaat	7,3
Seurustelu	9,7
Seksuaalinen kaltoinkohtelu	4,8

Henkilökunta on eniten aloitteellinen puheeksi otossa ehkäisyyn 19,5 %, parisuhteen läheisyyteen ja limakalvovaikeuksiin 17 %. Myös sukupuolitaudit 14,6 %, nuorten seksuaalikäyttäytyminen ja raskauden aikainen sekä synnytyksen jälkeinen seksuaalisuus herättivät 12,1 % keskustelua henkilökunnan puheeksi ottamana.

Vastaajat kuvasivat oman puheeksi oton haasteita seuraavasti;

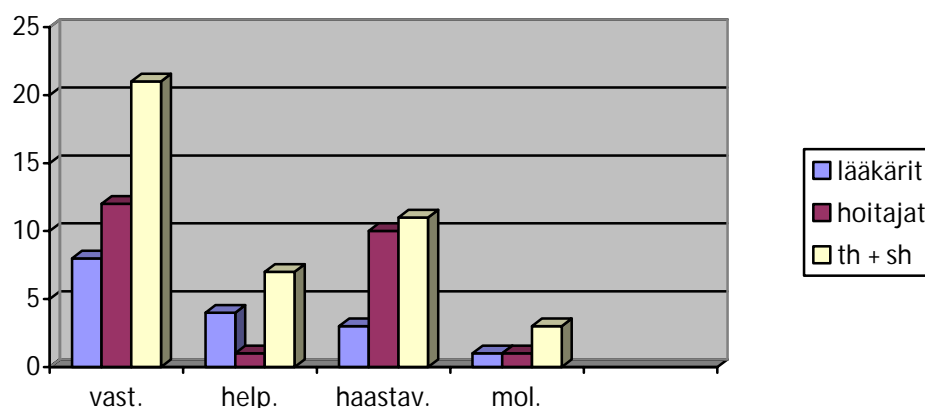
”Pariskunnan välejä kartoitetaan, varsinkin jos ilmassa on sähköä”

”Itse en yleensä ota puheeksi”

”Onko seksielämää, miten sen kokee, ongelmia?”

”Onko varma omasta seksuaalisuudesta seurustelussa ja etenkin tunnepuolen tärkeydestä?”

Viimeisenä kysymyksenä halusin selvittää miten hoitajat ja lääkärit kokevat seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset. Vaihtoehtoina olivat helppoina tai haastavina, ja jos haastavina, niin miksi.



Kuvio 11. Kokemukset seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä

Haastaviksi asiat koettiin seksuaalisuudesta puhuttaessa mm.;

”Omat taitoni vastata asiakkaiden tarpeisiin puutteellisia”

”Taka-alalle jäänyt asia peruskoulutuksessa, ei ole myöhemmin tullut hankittua lisäkoulutusta”

”Kun asiakas kysyy, pitäisi olla valmiuksia”

”Ajoittain kysymykset ovat haastavia ja vaativat tiedon etsimistä”

”Tiedot riittämättömiä”

”Potilaan reaktiot”

”Kaikkien kanssa keskustelu näistä asioista ei ole kovin luontevaa”

”Kysyjät hyvin eri-ikäisiä ja hyvin erilaisissa elämäntilanteissa olevia. Kysymykset vaihtelevat todella paljon, kaikkeen pitäisi olla varautunut vastaamaan”

”Vanhusväestö ei ole tottunut puhumaan näistä asioista avoimesti”

”Peruskoulutuksessa aihetta on käsitelty hyvin vähän”

”Tulee esiin harvoin”

”Jos tilanne/ asia on asiakkaalle vaikea”

”Jos epäily perheväkivallasta”

”Ei tarpeeksi tieto-taitoa”

”Ajanpuute vastaanotolla, joskus vaikea arvioida haluaako potilas keskustella koko aiheesta”

”Aihe on monelle edelleen tabu”

”Siinä mennään niin lähelle sellaisia ongelmia joita mm. miehet häpeävät, että heitä joutuu melkein ”kaivamaan” pihalle, se on miehelle kova kolaus, kun seksi ei onnistu”

”Osan potilaista suhtautuminen voi olla esim. häpeilevää, tarvitaan herkkyyttä”

”Asian puheeksi otto on toisinaan haastavaa, ja epätieto. Ihmisten yksilöllisyys”

”Asian intiimiyden vuoksi”

”Tietoa ei ole riittävästi, jotta pystyisin ohjaamaan potilaita parhaalla mahdollisella tavalla”

”En koe saaneeni siihen riittävästi koulutusta ja tilanteet tulevat hyvin yllättäen”

”En tiedä miten asiakas suhtautuu”

6.4 Palveluiden kehittäminen

Seksuaaliterveyden edistämisen haasteet ovat hoitotyössä todellisia. Sillä ei ole vakiintunutta asemaa terveydenhuollossa ja pelkkä kuunteleminen sekä asioihin paneutuminen ovat hyvä alku monipuoliselle kohtaamiselle. Perusvalmiudet, kuten Plissit mallissa seksuaalisuuden kohtaaminen luvan antamisen tasolla kuuluu kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville. Mitä varhaisemmin ihminen saa avun, sitä vähäisempää erikoissairaanhoidon tarve on. Varhainen puuttuminen myös seksuaalisuuden edistämisessä on sekä ihmiselle henkilökohtaisesti että yhteiskunnalle merkityksellistä. Inhimilliset ja taloudelliset seikat kulkevat hyvin lähekkäin.

Palveluiden kehittämisessä on pitkälle merkitystä esimiehillä ja heidän haluillaan. Nokialla on lähdetty kehittämään seksuaaliterveyden edistämisestä ja siihen liittyviä palveluita. Suunnitelmia toimintaohjelman pohjalta on luotu ja niissä ollaan jo pitkällä. Vielä suunnitelmat eivät ole tulleet ruohon juuritasolle, mutta henki on hyvä ja suunta oikea. Henkilöstölle on suunnitelmissa koulutuksia ensi syksyille seksuaaliterveyden edistämisestä ja myös ikääntyvien seksuaalisuus on otettu aihealueeksi. Henkilöstön osalta on myös suunnitelmia sekä lääkäriresurssin että terveydenhoitajan työn näkökulmasta. Tutkimukseni pohjalta tarvetta luentotyypisille koulutuksille on ja uskon että esimiestaholla on myös halua kehittää ilmapiiriä seksuaaliterveyttä edistäväksi. Myös tutkimukseni on herättänyt positiivista ajattelua ja keskustelua aiheen ympärillä työyhteisössämme. Nyt olen saavuttanut

ensisijaisen tavoitteeni seksuaaliterveyden edistämisessä; keskustelun puheeksi ottamisen merkityksestä ja seksuaaliterveyden edistämisen näkökulman nostamisen.

7 POHDINTA

7.1 Aineiston arviointi ja pohdinta

Tutkimukseen osallistui n. kolme neljäsosaa tutkimuksen kohderyhmästä. Mielestäni vastausprosentti oli kohtuullisen hyvä ja tutkimukseni kannalta aineisto on riittävä. Lääkäreiden vastausprosentti jäi pienemmäksi 44 % (n=8), mutta myös tämä on mielestäni kohtuullinen vastausprosentti. Myös vastausprosentti kertoo omalta osaltaan aiheen tärkeydestä. Sairaanhoidajien osalta vastausprosentti oli 92 % (n=12), mikä oli loistava. Saimoin terveydenhoitajien 70 % vastausaktiivisuus oli mielestäni erittäin hyvä.

Kyselyn järjestäminen osui oman aikatauluni takia hankalaan ajankohtaan. Kyselyt jaon reilun viikon ennen pääsiäistä ja kyselyn palautus osui pääsiäisviikolle. Moni saattoi olla myös lomalla ko. aikana. Myös lääkäripäivät sattuivat osumaan kyselytutkimukseni ajanjaksolle. Ja tämä oli tieto, jota en tiennyt, koska olin itse opintovapaalla. Kyselylomake oli kohderyhmillä viikon ajan. Se oliko aika liian lyhyt jää epäselväksi. Pidempi vastausaika olisi voinut vielä nostaa vastausprosenttia, mutta merkityksellisempää olisi ollut ajankohdan siirtäminen toisaalle. aikataulusyistä tämä ei tällä kertaa onnistunut.

Tutkimukseni lähtökohta oli STM seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelma ei ollut kohderyhmälle tuttu, muutamat olivat tutustuneet alan lehdissä, mutta työyhteisössä asiaa ei käsitelty. Tutkimuslupaa kysyessäni hoitotyön johtaja kertoi toimintasuunnitelman ehdotusten mukaan myös Nokialla toimintaa muutettavan. Selvä tarve ja halu muutokselle on olevan olemassa. Kyselyyn osallistuneilla ei ollut näistä suunnitelmista vielä tietoa. Kuitenkin asiaan on jo reagoitu suunnitelmilla, kertoo hyvästä tahtotilasta seksuaaliterveyden edistämiseksi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ollaan oltu etulinjassa kehittämässä toimintasuunnitelmaa synnytysosastoille seksuaaliterveyden edistämisessä ja heitä on myös tästä kansallisesti palkittu.

THL:n (entinen STM) loppuraportissa kartoitettiin toimintaohjelman tavoitteita ja saavutuksia. Tärkeimmiksi sisällöllisiksi haasteiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämässä sairaanhoitopiirit arvioivat muu muassa aihealueen integroimisen terveyden edistämisen ohjelmiin ja hoitoketjuihin, perusterveydenhuollon yksikön mukaan saamisen aihealueen kehittämiseen, yhteistyön tiivistämisen perusterveydenhuollon kanssa (mm. yhteiset hoitopolut, hoitoketjut), seksuaalineuvonnan tasapuolisen saatavuuden varmistamisen sekä seksuaaliterveyden edistämistyön koordinoinnin, resursoinnin ja organisoinnin (THL 2012, 16.)

Sanniston (2011) tutkimuksen mukaan kokonaisuutena seksuaaliterveyspalveluiden tarjontaa voidaan pitää hyvänä. Toimintakäytännöt ja palveluiden laatu ovat varsin vaihtelevia ja useita palveluiden saavutettavuutta heikentäviä tekijöitä todettiin. Terveyskeskuksissa oli tutkimuksen valossa tarvetta myös säännönmukaiselle täydennyskoulutukselle, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon tarkistamiselle sekä johtamisen kehittämiseksi (Sannisto, 2011,2.) Samansuuntainen tutkimustulos opinnäytetyössäni tulokset osoittivat koulutuksen tarpeesta. Peruskoulutuksissa seksuaaliterveyden edistäminen ei ollut säännönmukaista, alle viiden vuoden kokemuksen omaavat olivat saaneet eniten koulutusta. Järvisen ja Mällisen tutkimus (2009) Seksuaaliterveyden ja seksologian opetusta ja koulutusta Suomessa 2003 – 2009 sekä Kosusen (2003) Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden koulutuksessa tulokset kertovat samansuuntaisesta linjasta. Seksuaalisuuteen liittyvää koulutusta on vähän ja se on usein sisällytetty, johonkin toiseen ainealueeseen.

7.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöni sisältää olen tarkastellut vuosien ajan terveydenhoitajan näkökulmasta. Uskon saaneeni tutkimuksellani vastaukset kysymyksiini, joita olen hakenut ja siinä mielessä tutkimukseen liittyvät menetelmät ovat olleet onnistuneita. Seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset ovat usein työyhteisöissä vaiettuja asioita ja konkretisoituvat pitkälti työyhteisön arvoihin. Seksuaaliterveyden edistäminen on haaste työyhteisössä, mutta tutkimukseni pohjalta näyttää siltä, että tarve arjessa on ymmärretty. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamalli (kuvio 1.) tuo esille ympäristön laajuuden, jonka avulla toimintaa voidaan kehittää. Pohjalla ovat

kansalliset toimintaohjeet, jotka antavat suunnan toiminnalle. Sairaanhoitopiirit ja alueelliset toimijat luovat hoitoketjuja ja suosituksia, joita koulutuksien kautta välitetään arjen hoitotyöhön. Seksuaaliterveyden edistäminen, kuten muukin hoitotyö, vaatii verkostoitumista ja hallintojen välistä yhteistyötä. Se vaatii myös kuntapäättäjiltä kaukonäköisyyttä terveyden edistämisen näkökulman kohottamiseksi. Tällä on pitkällä aikavälillä myös taloudellisia vaikutuksia. Tämä on haasteellista nykypäivän tiukoilla resursseilla, mutta uskon seksuaaliterveyden edistämisen olevan ensisijaisesti asennekysymys.

Lehtomäki (2009) kirjoittaa Terveystieteiden tutkimuslehdessä artikkelissa Valtakunnallisista suosituksista talon tavaksi suositusten toimeenpanon terveystieteiden tutkimuksessa olevan haastava tehtävä, joka edellyttää esimiesten tukea. Tarvitaan aktiivisia toimia, jotta suositukset siirtyisivät osaksi hoitokäytäntöjä. Vaikka yksittäisen työntekijän motivaatio ammattitaitonsa ylläpitämisessä ja kehittämisessä on keskeistä, myös organisaation rakenteilla ja toimintakulttuurilla on suuri merkitys suositusten käyttöön otossa. Talon tapojen laatimisessa moni ammatillinen yhteistyö on tärkeää kaikkien niiden ammattiryhmien kanssa, joita suositukset koskettavat. (Lehtomäki 2009, 26.)

Yksilön tasolla seksuaaliterveyden edistämisessä hoitajan tai lääkärin arvomaailmalla on merkitystä. Työskentelyolosuhteet luodaan ulkopuolelta, mutta ammatillisuus, johon kuuluvat seksuaalisuudesta puhuttaessa sekä asiakkaan että oman seksuaalisuuden kohtaaminen. Siihen auttavat tiedot ja taidot, mutta ennen kaikkea asenteet. Kuten tutkimustuloksista tässäkin tutkimuksessa käy ilmi haasteet sekä asiakkaan kohtaamiseen että seksuaalisuudesta puhumiseen ovat merkittäviä.

Ryttyläinen ja Valkama (2010) toteavat kirjassaan Seksuaalisuus hoitotyössä seksuaalisuuden käsittelemisen esteiden voivan liittyä hoitajaan, hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen tai hoitotyön toimintaympäristöön. Vaikka hoitaja katsovat seksuaaliohjauksen ja – neuvonnan kuuluvan heidän työhönsä, ei suurin osa keskustele seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista potilaan tai asiakkaan kanssa. (Petäjä 2009, 15- 17).

Koulutuksen merkitys seksuaaliterveyden edistämisen ja puheeksi ottamisen haasteissa on merkittävä. Opinnäytetyössäni tulee esille miten kevyellä pohjalla perusopinnoissa seksuaalisuus kaiken kaikkeaan on. Kaikissa ammattiryhmissä

suuntaus oli samanlainen. Vähiten työkokemusta omaavilla eli koulunsa viimeksi käyneillä oli eniten opetusta peruskoulutuksessa. Muiden osalta kyse oli pääsääntöisesti kiinnostukseen liittynyttä täydennyskoulutusta tai muuta lyhytaikaista koulutusta. Riittämättömäksi seksuaalisuuden osuus koettiin 95 % vastauksista. Opinnäytetyöni alkupuolella tarkastelin seksuaaliterveyden edistämistä ja ammatillista koulutusta, jossa suuntaus oli samanlainen kuin tässä työssäni. Hoitotyön ja lääkäreiden koulutuksessa ei ole ollut riittävästi seksuaaliterveyden edistämisen opetusta tai se on sisällytetty toisen opintokokonaisuuden pieneksi osaksi.

Ryttyläinen ja Valkama (2010) toteavat, ettei hoitotyön toimintaympäristö aina tue luontevaa seksuaalisuuden huomioon ottamista. Hoitotyössä ei ole systemaattisesti kehitetty toimintamalleja, joista olisi apua potilaan seksuaalisuuden kohtaamisessa. Toimintamalli kouluttautumisen rinnalla sekä työnohjaus auttavat potilaan ja asiakkaan seksuaalikysymysten käsittelyssä. (Ryttyläinen & Valkama; 2010, 132.)

”Peruskoulutuksessa aihetta on käsitelty hyvin vähän”

”En koe saaneeni siihen riittävästi koulutusta ja tilanteet tulevat hyvin yllättäen”

”Taka-alalle jäänyt asia peruskoulutuksessa, ei ole myöhemmin tullut hankittua lisäkoulutusta”

”Kun asiakas kysyy, pitäisi olla valmiuksia”

Opinnäytetyöni teoriaosuudessa käsitelin seksuaalisuuden kohtaamista ammattityössä kuvion 3. kautta. Siinä tiedot ja taidot seksologiasta loivat sitä pohjaa yhdessä asenteiden, empatian sekä subjektiivisten edellytysten, siitä missä vaiheessa oma seksuaalisuuden kohtaaminen on. Työyhteisön toimintamallit, työskentelyolosuhteet ja ilmapiiri yhdessä hoitohenkilökunnan ammatillisuuden kanssa muodostavat kokonaisuuden seksuaaliterveyden edistämiseksi. Kokemus myös tällä hoitotyöalueella lisää ammatillisuutta, tietoa ja taitoa. Se vaatii avointa ilmapiiriä ja empaattista suhtautumista myös itselle vaikeisiin asioihin tai oman arvopohjan ristiriitaisuuksiin.

”Jos epäily perheväkivallasta”

”Asian intiimiyden vuoksi”

Plissit- mallin lähtökohtana on seksuaalisuuden normalisointi. Siihen perusterveydenhuollossa hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuudet sallivana suhtautumisena seksuaaliterveyden moninaisuuteen.

”Vanhusväestö ei ole tottunut puhumaan näistä asioista avoimesti”

”Aihe on monelle edelleen tabu”

Ilmosen (2006) mukaan lupa viestittyy kokonaisilmaisusta ja erityisen vahvasti eleistä ja äänenpainosta. Useimmat asiakkaat rekisteröivät herkästi tämän sanattoman viestin kuunnellessaan millä tavoin työntekijä puhuu seksuaalisuudesta tai nähdessään, miten tämä reagoi kysymyksiin. Jotta työntekijä voi olla luvan antajana, on tärkeää olla sinut oman seksuaalisuutensa kanssa. (Ilmonen; 2006, 48- 49.)

Puheeksi ottaminen koettiin monilla eri tavoin, osalle haastatelluista asiat olivat helppoja, mutta puheeksi ottamisen vaikeutta koettiin myös kaikissa koulutusryhmissä.

”Kaikkien kanssa keskustelu näistä asioista ei ole kovin luontevaa”

”Tietoa ei ole riittävästi, jotta pystyisin ohjaamaan potilaita parhaalla mahdollisella tavalla”

Puheeksi ottamisen toimintamalleja on kehitetty mm. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on tuotettu materiaalia, jonka tavoite on lisätä kiinnostusta seksuaaliterveyden edistämiseen ja kannustaa jo olemassa olevien taitojen käyttöön otossa. Materiaalin avulla vahvistetaan puheeksi ottamisen taitoja kaikissa erikoissairaanhoidon ja perusterveyden yksiköissä. (Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen, 2009). Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisema esite Lupa puhua – asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus hoitotyössä on laadittu osana Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa ”Seksuaaliterveyden edistämisen maakunnallinen toimintamalli Keski- Suomessa” hanketta. Sen tarkoituksena on auttaa hoitohenkilökuntaa ottamaan puheeksi seksuaalisuuteen liittyviä asioita potilaan ja asiakkaan kanssa. (Ryttyläinen & Virolainen, 2009.) Nämä materiaalit ovat käyttökelpoisia ohjenuoria puheeksi ottamisen haasteissa hoitotyössä.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa eettiset kysymykset ovat läsnä ideointivaiheesta tutkimusraportin julkaisuun. Tutkijan on noudatettava eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Näitä ovat mm. tiedon hankkiminen alan tieteellisestä kirjallisuudesta ja ammattikirjallisuudesta ja vilpitön ja rehellinen toiminta muita tutkijoita kohtaan. Eräänä lähtökohtana hyvää tieteellistä käytäntöä noudatettaessa voidaan pitää huolellista ja tarkkaa lähdemerkintöjen merkitsemistä ja viittaamista muiden tutkijoiden tutkimuksiin. Tutkimustulosten odotetaan tuovan uutta tietoa tai osoittavan, miten vanhaa tietoa voi yhdistellä tai hyödyntää uudella tavalla. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75, Vilkkä 2005, 29 -30, 32, 39.)

Terveystieteiden ja seksuaaliterveystieteen alalla olen joutunut työssäni usein kohtaamaan seksuaaliterveyden edistämisen haasteet juurikin esimiestaholta. Henkilökohtaisesti näen vahvasti seksuaaliterveyden kuuluvan koko elämäntapaan, mutta hoitotyössä asetelma ei ole helppo. Aiheen valinnassa on vaikuttanut oma koulutustaustani ja kiinnostus seksuaaliterveyteen, mutta tutkimuksessani olen pyrkinyt neutraaliin lähestymistapaan, hieman etäännyttäen omaa näkökulmaa.

Kysymys subjektiivisuudesta ja objektiivisuudesta ei ole kuitenkaan aivan yksinkertainen. Tutkija tavoittelee objektiivisuutta pyrkimällä ulkopuolisesta määräysvallasta vapaana suorittamaan tutkimuksen, joka tulee olla toistettavissa. Tutkimuksen ongelmanasettelussa ja myös tulosten tulkinnassa ovat kuitenkin mukana aina myös tutkija-subjektin näkökulma ja näkemykset. Objektiivisuuteen kuuluu tietynlainen asioiden etäännyttäminen; tutkija-subjektin odotetaan tarkastelevan kokoamistaan tutkimustuloksia kiihkottomasti ja tasapuolisesti ja sovittavan kielenkäyttönsä sen mukaisesti, persoonaansa häivyttäen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 278 -279.)

Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkija ei voi myöskään sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2001, 152.)

7.4 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön pohjalta voidaan todeta seksuaaliterveyden edistämisen olevan tärkeä osa hoitotyötä. Kiitettävä vastausprosentti ajankohtaan nähden kertoo työntekijöiden ottavan kysymyksen merkityksellisenä. Haasteet työntekijöille seksuaaliterveyden kysymyksissä ovat arjessa moninaiset. Kyky vastata asiakkaiden tarpeisiin on hyvin monitahoinen. Toisaalta huomataan, ettei alan koulutusta ole riittävästi ja tarve sille olisi suuri, sekä omat valmiudet seksuaalisuuden kohtaamiseksi saattavat olla puutteellisia. Monille vastaajista luentotyyppiset perehdytykset seksuaaliterveyskysymyksissä olivat tervetulleita. Puheeksi ottamisen vaikeus koettiin haasteellisenä ja usein odotettiin asiakkaan olevan se aktiivisempi puoli. Kasvun paikka hoitotyössä onkin ottaa aktiivisempi rooli puheeksi ottajana asiakaskontaktissa. Tavoitteena olisikin vastuun siirtämisestä seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta asiakkaalta henkilökunnalle mitä enenemässä määrin.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää toimintamallien luomisessa seksuaaliterveyden edistämiseksi Nokian terveyskeskuksessa. Tässä ensiarvoisen tärkeää on puheeksi ottamisen kynnyksen madaltaminen ja mahdollisesti koulutusta oman seksuaalisuuden kohtaamiseen ja sitä kautta malleja asiakkaan seksuaalisuuden kohtaamiseen. Tulosten mukaan vastanneilla kokemukset seksuaaliterveyden haasteissa ovat moninaiset ja koulutus riittämätöntä.

Positiivinen suuntaus toimintaohjelman suunnitelman toteuttamiseksi on sen ottaminen todeksi myös Nokian terveyskeskuksessa. Suunnitelmat ovat olemassa ja toteutuskin lähellä. Tutkimuksessa tämä ei vielä näkynyt, koska ruohonjuuritasolla ei ole vielä toteutettu tai asiaa esitelty. Uskon omalla opinnäytetyölläni olevan seksuaaliterveyttä edistävä vaikutus juuri niin kuin alun perin halusinkin. Tämän opinnäytetyön vahvuutena on ollut seksuaaliterveyden nostamisen esille osaksi päivittäistä asiakastyötä. Luonnollinen jatkumo on jatkaa työtä seksuaaliterveyden edistämiseksi mm. sisäisten koulutusten avulla. Suunnitelmia tähän on jo olemassa ja tarve on tullut opinnäytetyölläni näkyväksi.

LÄHTEET

- Annon, J. 1976. The PLISSIT Model. A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy* 2, 1-15. Spring-Summer 1976.
- Bildjuschkin K., Ruuholahti S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta, ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Kustannus- Osakeyhtiö Kotimaa/ Kirjapaja. Helsinki.
- Heikkilä T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2001. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vantaa.
- Ilmonen T. 2001. Iloinen soturi ja suloinen kuningatar. Kehitysvammaliitto.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaaliväkivaltaa. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 41 -59.
- Isokorpi, T. 2011. Tunneäly terveydenhoitajan työssä. *Terveydenhoitaja* 2, 20 -21.
- Järvinen S, Mällinen A. 2009. Seksuaaliterveyden ja seksologian opetus ja koulutus Suomessa 2003 -2009. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, ylempi AMK-tutkinto, sosiaali- ja terveysala. Viitattu 14.2.2013.
<http://publications.theseus.fi/handle/10024/6304>
- Ketola, T. 2006. Työntekijän valmiudet. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 60 -68.
- Kosunen, E. 2003. Seksuaalisuus lääkärin koulutuksessa. *Duodecim* 43/03.
- Kosunen, E. 2009. Seksuaaliterveys. Teoksessa Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Toim. Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, Kirsi & Ståhl, T. Raportti 19/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 232-243.
- Kosunen, E., Ritamo M. 2006. Teoksessa Seksuaaliterveyden edistämisen laatu kunnassa. Työpapereita 1/2006. Helsinki: Stakes, 68 -73.
- Lehtomäki L. 2013. Eettiset ohjeet työntekijöiden tukena. *Terveydenhoitaja* 1, 6.
- Lehtomäki L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista talon tavaksi. *Terveydenhoitaja* 3, 26.
- Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, ylempi AMK- tutkinto, kliininen asiantuntija. Viitattu 18.4.2013. <http://publications.theseus.fi/handle/10024/100>

Ratia, T. 2005. Täydennyskoulutuksen merkitys seksuaaliterveyden edistämiseksi ja ammatilliselle kasvulle. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, ylempi AMK-tutkinto, sosiaali- ja terveysala. Viitattu 16.2.2013.
<http://publications.theseus.fi/handle/10024/17870>

Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007 -2011. Avauksia 6/2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Ryttyläinen – Korhonen, K. 2010. Tabusta seksuaalisuuden asiantuntijaksi. Terveystoiminta 8, 22.

Ryttyläinen, K., Valkama, S., Ritamo, M & Blek, T. 2008. Seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksen kehittyminen. Teoksessa Seksuaalisuus ammattihenkilöiden koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Toim. M. Ritamo. Työpapereita 26/2008. Helsinki: Stakes, 14.

Ryttyläinen, K & Valkama S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima

Ryttyläinen, K & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua, asiakkaan ja potilaan seksuaaliohjaus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystoiminnan etiikka. Juva: WS Bookwell Oy.

Sannisto, T. 2011. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sannisto T. 2012. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Terveystoiminta 6, 28 -29.

Santalahti, T. 2012. Ikäseksin satumaa. Terveystoiminta 7, 10.

Schildt. M. 2011. Asiantuntijuus korostuu tulevaisuuden työssä. Sairaanhoitaja 4, 23.

STM.2006. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki:STM

THL 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä. Osa I loppuarviointi 2011. Osa II Väliarviointi 2009. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 28/2012. Helsinki: THL.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2009. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden – ja sairaanhoidossa. Seksuaaliterveyden edistämisen toimikunta. Viitattu 19.4.2013. www.vsshp.fi/fi/dokumentit/21414/Puheeksi-ottaminen.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Väestöliitto. 2006. Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki.

World Association for Sexual Health (WAS). 1999. Seksuaalioikeuksien julistus.
Viitattu 5.3.2013. http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_finland.asp.

LIITTEET

Liite 1. Seksuaalioikeuksien julistus

WAS – World Association for Sexology – Seksologian maailmanjärjestö Hong Kong 1999

1. Oikeus seksuaaliseen vapauteen

Seksuaalinen vapaus sisältää yksilöiden oikeuden ilmaista seksuaalisuuttaan täydesti. Se kuitenkin sulkee pois seksuaalisen väkivallan, hyväksikäytön ja seksuaalisen riistön. Tämä oikeus sisältää kyvyn tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta seksuaalielämästä oman henkilökohtaisen ja yhteisön etiikan mukaisesti. Siihen sisältyy myös oman kehon hallinta ja nautinto vapaana kidutuksesta, silpomisesta ja mistä hyvänsä väkivallasta.

2. Oikeus seksuaaliseen oikeudenmukaisuuteen

Tämä tarkoittaa vapautta kaikesta syrjinnästä sukupuolen, seksuaalisen suuntautumisen, iän, rodun, sosiaaliluokan, uskonnon ja fyysisen tai psyykkisen vamman vuoksi.

3. Oikeus seksuaaliseen mielihyvään

Seksuaalinen mielihyvä, mukaan lukien itse-erotiikka, on fyysisen, psyykkisen, älyllisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde.

4. Oikeus seksuaalisten tunteiden ilmaisuun

Seksuaalinen ilmaisu on enemmän kuin eroottista mielihyvää ja seksuaalista toimintaa. Yksilöillä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan kommunikoimalla, koskettamalla, ilmaisemalla tunteita ja rakastamalla.

5. Oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen

Tämä tarkoittaa mahdollisuutta mennä naimisiin tai olla menemättä, mahdollisuutta erota ja mahdollisuutta solmia muunlaisia vastuullisia seksuaalisia liittoja.

6. Oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia ehkäisyvalintoja

Tämä sisältää oikeuden päättää siitä hankkiiko lapsia vai ei, päättää lasten lukumäärästä ja ajoituksesta sekä täydet oikeudet syntyvyyden säännöstelyyn.

7. Oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti perusteltuun tietoon

Tämä oikeus sisältää periaatteen, että seksuaalitiedot tuotetaan riippumattoman ja tieteellisesti eettisen tutkimusprosessin avulla ja tätä tietoa jaetaan sopivilla tavoilla yhteiskunnan kaikille tahoille.

8. Oikeus monipuoliseen seksuaalikasvatukseen ja valistukseen

Tämä on elämän pituinen prosessi syntymästä läpi elämänkaaren ja sen tulisi koskea yhteiskunnan kaikkia instituutioita.

9. Oikeus seksuaaliterveyspalveluihin

Seksuaaliterveyspalveluiden tulisi olla käytettävissä kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä huolenaiheissa, ongelmissa, niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Liite 2. Saatekirje**Arvoisa Nokialaisen terveydenhuollon ammattilainen**

Olen Nokian kotihoidosta opintovapaalla oleva terveydenhoitaja. Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulu tutkintoa (YAMK) Seksuaaliterveyden edistämisen koulutusohjelmassa ja ammatilliseksi opettajaksi Tampereen ammatillisessa opettajakorkeakoulussa. Teen opintoihini liittyvää opinnäytetyötä aiheena Seksuaaliterveyden edistäminen Nokian terveystieteiden keskuksessa. Vastaamalla kyselyyni annatte arvokasta apua opinnäytetyöni onnistumiseksi ja samalla, toivottavasti jossain määrin, seksuaaliterveyden edistämisen näkökulman kohottamista työyhteisössämme.

Antamanne vastaukset käsittelen nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Tulokset julkaistaan ainoastaan kokonaistuloksina, joten kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa.

Kyselylomakkeen voit palauttaa sisäisessä postissa mukana olevan kirjekuoren kera kuoressa olevaan osoitteeseen. Pyydän teitä palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä 27.3.2013 mennessä.

Kiitos Teille etukäteen vastauksistanne!

Terveydenhoitaja

Jaana Kankaanpää

Liite 3. Kyselylomake

1. Koulutus

- ☐ Sairaanhoitaja
- ☐ Terveystenhoitaja
- ☐ Lääkäri

2. Työkokemus

- ☐ 0-5 vuotta
- ☐ 6-10 vuotta
- ☐ yli 10 vuotta

3. Oletko kuullut Sosiaali- ja Terveysministeriön laatimasta seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintasuunnitelmista vuodelle 2007 -2011?

- ☐ En
- ☐ Kyllä, mistä? _____

4. Jos toimintasuunnitelma on tuttu, toteutuuko se mielestäsi työpaikallasi?

5. Koetko peruskoulutuksessa saadut tiedot riittäviksi seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvissä kysymyksissä?

- ☐ En, koska _____
- ☐ Kyllä

6. Onko sinulla peruskoulutuksen lisäksi seksuaaliterveyteen liittyvää lisäkoulutusta?

- ☐ Ei
- ☐ Kyllä, _____

7. Millaisen lisäkoulutuksen seksuaaliterveyden saralla kokisit tarpeelliseksi?

8. Tuleeko seksuaaliterveyteen liittyvä puheeksi otto yleensä?

- ☐ Asiakkaalta
- ☐ Sinulta terveydenhuollon ammattilaiselta

9. Onko seksuaalisuuden puheeksi otto sinulle?

☐ helppoa

☐ vaikeaa

10. Ovatko seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset työssäsi?

☐ Päivittäisiä

☐ Kuukausittain

☐ Harvemmin

11. Mitkä ovat yleisimpiä seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita, joita tulee asiakkaalta?

12. Mitkä ovat yleisimpiä seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita, joita otat itse puheeksi?

13. Koetko seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset?

☐ Helppoina

☐ Haastavina, miksi _____

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Liite 4. Tutkimuslupa



NOKIAN KAUPUNKI
Terveyskeskus

HAKEMUS / LUPA
Ylilääkärin / ylihoitajan myöntämä
tutkimuslupa

TUTKIJAA KOSKEVAT TIEDOT	Suku- ja etunimet <i>Kankaanpää Jaana Helena</i>	Syntymäaika <div></div>
	Kotiosoite <div></div>	Postinro ja -paikka <div></div>
	Sähköpostiosoite <div></div>	Puhelin <div></div>
	Oppilaitoksen / työnantajan nimi <i>Jyväskylän ammattikorkeakoulu / Nokian kaupunki</i>	
TUTKIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT	Tutkimuksen nimi <i>Puhumaton vai puhumalla paron - seksuaaliterveyden edistämisen Nokian terveyskeskuksessa</i>	
	Mihin terveyskeskuksen toimintaan tai yksikköön tutkimus liittyy	
	Tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta <i>Kyselytutkimus avokuvien huollon lääkäreille, th, th:lle</i>	
	Tutkimuksen aikataulu <i>valmistus loppukuulla 2013</i>	
	Tutkimuksen raportointi <i>opinnäytetyinä</i>	
	Raportoinnin ajankohta <i>loppukuulla</i>	
ALLEKIRJOITUKSET	Ohjaajan tai taustaorganisaation edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys <div></div>	Puhelinnumero <div></div>
	Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>[Signature] Jaana Kankaanpää</i>	Puhelinnumero <i>050-4017318</i>

PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> Ylilääkäri <input checked="" type="checkbox"/> Ylihoitaja
	Päivämäärä <i>10.3.2013</i>
	Allekirjoitus ja nimenselvennys <i>[Signature] Anne Markhula</i>